

Indikatoren-Set für das Monitoring-System NCD

Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – 2017-2024

Finale Version, April 2016



Ein Gemeinschaftsprojekt von



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad

2020

Impressum

Herausgeber
Bundesamt für Gesundheit

Autorenschaft
Nadine Stoffel-Kurt, Kathrin Favero, Marc Raemy, Laure Curt, Nicole Ruch

Fachbegleitung und Unterstützung: Mit herzlichem Dank!

Elisabeth von Gunten, Eva Bruhin, Alberto Marcacci, Roy Salveter, Gabriela Scherer, Johanna Dayer Schneider, Wally Achtermann, Elise de Aquino, Fabienne Keller, Joëlle Pitteloud, Monika Rüegg, Damiano Urbinello, Kilian Moser, Regula Ricka-Heidelberger, Flurina Näf, Chantale Bürli, Karin Gasser, Martin Hosek, Dagmar Costantini, Antoine Bonvin, Gisèle Jungo, Marie-Thérèse Furrer, Alexander Haus, Kris Haslebacher, Nadja Mahler König, Thomas Wyss, Andrea Renggli, Urs Stalder, Liliane Bruggmann, Esther Camenzind-Frey, Clara Benzi Schmid, Renaud Lieberherr, Ueli Oetliker, Maggie Graf, Heidi Meyer, Lisa Guggenbühl, Tanya Kasper, Monika Diebold, Florence Moreau-Gruet, Luisa Huggler, Jolanda Jäggi, Matthias Gehrig

Kontakt
Bundesamt für Gesundheit BAG
Sektion Ernährung und Bewegung
3003 Bern
058 463 87 55
moseb@bag.admin.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	6
2	Einleitung	8
2.1	NCD-Monitoring-System.....	8
2.1.1	<i>Zielsetzung</i>	<i>8</i>
2.1.2	<i>Zeitplan für den Aufbau des NCD-Monitoring-Systems</i>	<i>8</i>
2.2	Erarbeitung Indikatoren-Set NCD (Phase 1).....	9
2.2.1	<i>Methodisches Vorgehen.....</i>	<i>9</i>
2.2.2	<i>Zeitliches Vorgehen</i>	<i>10</i>
2.2.3	<i>Rahmenbedingungen für die Auswahl und Definition der Indikatoren</i>	<i>11</i>
2.2.4	<i>Bezug zu NCD-Strategie</i>	<i>11</i>
2.2.5	<i>Übersicht des NCD-Indikatoren-Sets</i>	<i>13</i>
2.2.6	<i>Beschreibung der Indikatoren.....</i>	<i>15</i>
3	Übersichtstabelle	17
4	NCD Indikatoren-Set	24
1	Krebs-Erkrankungen 15+ J.....	24
2.1	Diabetes-Erkrankungen 15+ J.....	26
2.2	Diabetes-Erkrankungen < 15 J.....	28
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen 15+ J.....	30
4.1	Atemwegs-Erkrankungen 15+ J.....	32
4.2	Atemwegs-Erkrankungen < 15 J.....	34
5	Muskuloskelettale Erkrankungen 15+ J.....	36
6	Multimorbidität 15+ J.....	38
7	Lebenserwartung in guter Gesundheit 65+ J.....	40
8	Kosten des Gesundheitswesens	42
9.1 – 9.8	Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs	44
10.1 – 10.6	Verlorene Lebensjahre durch NCD	46
11	Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund NCD	48
12.1	Alkoholbedingte Mortalität	50
12.2	Tabakbedingte Mortalität	52
12.3	Ernährungsbedingte Mortalität	54
12.4	Inaktivitätsbedingte Mortalität	56
12.5	Adipositasbedingte Mortalität	58
13	Invalidität aufgrund Krankheit 18-64 J.....	60
14	Erwerbsquote 15-64 J.....	62
15	Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit 15-64 J.....	64
16	Erschöpfungsrate 15-64 J.....	66
17	Freiwilligenarbeit 15+ J.....	68

18.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum 15+ J.....	71
18.2	Alkoholkonsum 11-15 J.	73
19	Alkoholkonsum pro Kopf.....	75
20.1	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum 15+ J.	76
20.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum 11-15 J.	78
21.1	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum 15+ J.	80
21.2	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum 11-15 J.	82
22.1	Tabakkonsum (Rauchen) 15+ J.	84
22.2	Tabakkonsum (Rauchen) 11-15 J.	86
23	Passivrauchen 15+ J.	88
24	Produktespezifischer Tabakkonsum 15+ J.....	90
25	Aufhörbereitschaft (Rauchen) 15+ J.....	93
26.1	Früchte- und Gemüsekonsum 15+ J.	95
26.2	Früchte- und Gemüsekonsum 11-15 J.....	97
27	Salzkonsum 15+ J.	99
28.1	Gesamtenergie-Konsum 18+ J.....	101
28.2	Gesamt-Energiekonsum 0-17 J.....	103
29	Stillen	104
30.1	Bewegungsverhalten 15+ J.	106
30.2	Bewegungsverhalten 6-15 J.	108
31.1	Sitzen 15+ J.....	110
31.2	Sitzen 6-15 J.....	112
32	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten 6+J.	114
33	Multifaktorielles Risikoverhalten 15+ J.	116
34.1	Job-Stress-Index 18-65 J.	119
34.2	Ökonomisches Potenzial	121
35	Gesundheitswissen 15+ J.....	123
36.1	Wissen über gesundheitliche Auswirkungen von Alkohol 15+ J.	126
36.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum 15+ J.	128
36.3	Wissen über Risikofaktor unausgewogene Ernährung 15+ J.	130
36.4	Wissen über Wirkung Bewegung 15+ J.	132
36.5	Wissen über Wirkung des Körpergewichts 15+ J.....	134
37	Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention	137
38.1	Regulierungen für Markt- und Werbeeinschränkungen bei Alkohol.....	139
38.2	Bestehende Regulierungen bei Tabak	142
38.3	Regulierungen / Kodex: Ernährung	143
39	Strukturelle Prävention in Settings	146
40.1	Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol 15+ J.	148
40.2	Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak 15+ J.	150
40.3	Einstellungen strukturelle Massnahmen – Ernährung 15+ J.....	153
40.4	Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Bewegung 15+ J.	155

41	Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen.....	157
42	Prävention in der Gesundheitsversorgung	159
43	Selbstmanagement.....	162
44	Schnittstellen in den Behandlungsketten	164
45	Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen 16+ J.	166
46.1	Übergewicht und Adipositas 15+ J.	168
46.2	Übergewicht und Adipositas 6-15 J.	170
47	Bluthochdruck 15+ J.	173
48	Erhöhter Cholesterinspiegel 15+ J.	175
49.1	Bauchumfang 15+ J.	177
49.2	Bauchumfang 6-13 J.	179
50.1	Gesundheitszustand 16+ J.	181
50.2	Gesundheitszustand 0-14 J.	183
51.1	Lebensqualität 15+ J.	185
51.2	Lebensqualität 0-14 J.	187
52	Körperliche Selbständigkeit 15+ J.	189
53	Pflegebedürftigkeit 65+ J.	191
54	Soziale Unterstützung 15+ J.	193
55	Hilfe beanspruchen für Pflege 15+ J.	195
5	Glossar Indikatoren-Set nichtübertragbare Krankheiten.....	197

1 Zusammenfassung

Die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD-Strategie) wird durch ein Monitoring-System begleitet werden. Die 10 Ziele der Strategie sollen mittels Indikatoren beschrieben und ihre Entwicklung über die Zeit verfolgt werden können. Das neu geplante NCD-Monitoring-System baut auf dem etablierten Monitoring MOSEB (Monitoring-System Ernährung und Bewegung) wird dieses ablösen.

Als erster Schritt für den Aufbau des NCD-Monitoring-Systems wurde ein NCD-Indikatoren-Set definiert. Eine Arbeitsgruppe des Bundesamts für Gesundheit (BAG) hat im Jahr 2015 in enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachpersonen aus den vielfältigen NCD-Themen insgesamt 99 Indikatoren ausgewählt. Als Eckpfeiler für die Indikatoren-Definition dienten verschiedene Vorgaben wie internationale Empfehlungen, das Wirkungsmodell der NCD-Strategie, Abstimmungen mit dem zukünftigen Monitoring-System Sucht, Datenverfügbarkeit in der Schweiz, und bereits etablierte Indikatoren vom BAG und Partnerinstitutionen.

Die 99 Indikatoren wurden gemäss Fachpersonen priorisiert und eingeteilt in 13 Leit-, 32 Kern- und 54 Zusatzindikatoren. Kriterien für Leitindikatoren sind u.a. eine umfassende Information bezüglich des jeweiligen NCD-Ziels und als Grundlage eine langfristig gesicherte Datenquelle mit hoher Periodizität. Die Anzahl Indikatoren pro Ziel ist unterschiedlich und variiert von drei bis 26 Indikatoren pro NCD-Strategieziel. Die ausgewählten Indikatoren werden mittels eines Steckbriefs beschrieben, der u.a. folgende Kategorien umfasst: Definition, Relevanz, Bezug zu Strategie, Messmethode, Datenquelle, internationale Vergleichbarkeit, Limitierung. Jeder Indikator soll, soweit möglich, nach soziodemographischen Merkmalen differenziert werden.

Das NCD-Indikatoren-Set, welches in einem breiten partizipativen Prozess erarbeitet wurde, dient als Grundlage und Expertenvorschlag für den inhaltlichen Aufbau des zukünftigen NCD-Monitoring-Systems.

Zusammenfassend sind folgende Leitindikatoren definiert worden für die Begleitung der NCD-Strategie:

Ind. Nr.	Kurzbezeichnung	Vollständige Bezeichnung
Übergeordnete langfristige Ziele		
Ziel 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast		
1	Krebs-Erkrankungen ab 15 Jahren	A) Inzidenz von allen Krebserkrankungen pro 100'000 Einwohner/innen B) Inzidenz von Kolon/ Rektum-Karzinomen pro 100'000 Einwohner/innen C) Inzidenz von Brustkrebs pro 100'000 Einwohnerinnen D) Inzidenz von Prostatakrebs Rate pro 100'000 Einwohner E) Inzidenz von Lungenkrebs Rate pro 100'000 Einwohner/innen
Ziel 2: Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung		
8	Kosten des Gesundheitswesens	Kosten im Gesundheitswesen pro Jahr ohne Unfallkosten
Ziel 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle		
10.1	Verlorene potentielle Lebensjahre durch NCD	Verlorene potentielle Lebensjahre zwischen dem 1. und 70. Lebensjahr durch NCDs in Rate pro 100'000 Einwohner/innen
Ziel 4: Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft		
13	Invalidität aufgrund Krankheit bei 18-64-Jährigen	Anteil Personen zwischen 18 und 64 Jahren mit IV-Bezug aufgrund Krankheit

Spezifische Ziele		
Ziel 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren		
18.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Prävalenz des Alkoholkonsums von 40g/Tag (Männer) respektive 20g/Tag (Frauen) im Durchschnitt in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
22.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die aktuell a) täglich rauchen, b) gelegentlich rauchen, c) früher geraucht haben, d) nie geraucht
26.1	Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren	Anzahl der konsumierten Portionen Früchte und Gemüse pro Tag von Personen ab 15 Jahren
30.1	Bewegungsverhalten ab 15 Jahren	Dauer pro Woche in h und min, die mit Bewegung verbracht wird bei Personen ab 15 Jahren
Ziel 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz		
35	Gesundheitswissen ab 15 Jahren	Verteilung des Gesundheitswissens (Index zu Health Literacy) bei Personen ab 15 Jahren
Ziel 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen		
37	Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention	Verhältnis des Budgets für Prävention und Gesundheitsförderung zum Spitalbudget der kantonalen Gesundheitsdirektionen
Ziel 4: Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention		
45	Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren	Anteil der Personen ab 16 Jahren, die auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen verzichten
Ziel 5: Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken		
46.1	Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren	Verteilung der BMI-Kategorien bei Personen ab 15 Jahren
Ziel 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit		
50.1	Gesundheitszustand ab 16 Jahren	Anteile der Personen ab 16 Jahren mit schlechtem, mittelmässigem, gutem und sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand

2 Einleitung

2.1 NCD-Monitoring-System

2.1.1 Zielsetzung

Das NCD-Monitoring-System begleitet die Umsetzung der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) ab 2017. Es stellt eine Sammlung dar von Daten und Indikatoren aus bereits bestehenden Schweizer Monitoring-Projekten rund um das Thema nichtübertragbare Krankheiten (NCD). Diese Sammlung wird durch enge Zusammenarbeit und Koordination mit Partnerinstitutionen erreicht. Das NCD-Monitoring-System baut auf dem etablierten Monitoring MOSEB (Monitoring-System Ernährung und Bewegung) auf und wird dieses ab 2017 ablösen. Das zukünftige System ist langfristig angelegt.

Im Rahmen des NCD-Monitoring-System sollen vergleichbare und national repräsentative Daten als Indikatoren aufbereitet werden. Die WHO setzt mit der Vorgabe des „Global Monitoring Frameworks (GMF)“ einen wichtigen Rahmen für die Ausarbeitung und Auswahl der Indikatoren. Die Indikatoren des GMF werden für die Schweizer Bedürfnisse und Möglichkeiten angepasst und optimiert. Der internationale Vergleich der Daten wird bestmöglich sichergestellt.

Mittels regelmässiger Aktualisierung der Indikatoren auf der Basis der neusten Daten wird die Begleitung der NCD-Strategie gewährleistet (Wirkungsanalyse). Das System ermöglicht die Kontrolle der Zielerreichung und die weitere strategische Planung der Strategie.

Die Koordination mit dem zeitlich parallel in Bearbeitung befindlichen Monitoring-System Sucht ist mittels regelmässigen Austauschs sichergestellt.

2.1.2 Zeitplan für den Aufbau des NCD-Monitoring-Systems

Phase 1: Definition des Indikatoren-Sets NCD (Jan.-Juni 2015) und Auswahl der Datenquellen für die Beschreibung der ausgewählten Indikatoren (Juli - Nov. 2015). Detaillierter Zeitplan in Kapitel 1.2.

Phase 2: Erarbeitung WTO-Ausschreibung mit Konkretisierung des Konzepts für das NCD-Monitoring-System (Jan. 2016 - Herbst 2017). Der Zugang, die Aufbereitung, der Aktualisierungsrhythmus und die Valorisierung der Indikatoren werden dabei definiert.

Phase 3: Start Mandat und Aufbau des NCD-Monitoring-Systems (Herbst 2017 - Mitte 2018) gemäss Konzept und Indikatoren-Set. In Begleitung zur NCD-Strategie finden regelmässige Aktualisierungen der Indikatoren statt und die Berichterstattung wird sichergestellt (Mitte 2018 - Dez. 2024).

2.2 Erarbeitung Indikatoren-Set NCD (Phase 1)

2.2.1 Methodisches Vorgehen

Die erste Grundlage für die Auswahl und Definition der Indikatoren war die Vorlage der WHO zum NCD Global Monitoring Framework. Auf der Basis der WHO-NCD-Indikatoren wurden die Bedürfnisse der Schweizer NCD-Strategie, wie auch der Experten in den jeweiligen Fachgebieten abgeklärt. Gemäss dem Vorschlag der WHO wurde die Einteilung in Kern- und Zusatzindikatoren vorgenommen. Für die Schweiz wurde noch eine kleine Anzahl von strategischen Leitindikatoren definiert.

Die Indikatoren wurden in einem partizipativen Prozess mit rund 30 Experten aus den Organisationen Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Statistik (BFS), Bundesamt für Strassen (ASTRA), Gesundheitsobservatorium (Obsan) und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) definiert. Die Definition der Leitindikatoren fand zudem in Koordination mit Vertretern des erweiterten Leitungsgremiums der NCD-Strategie statt (Milo Puhan, Brian Martin sowie Matthias Bopp als Experte).

Für die Erarbeitung des Indikatoren-Sets wurde das Büro MOSEB (Monitoring-System Ernährung und Bewegung) aus der Sektion Ernährung und Bewegung des Bundesamts für Gesundheit beauftragt. Die Gesamtkoordination des NCD-Monitoring-Systems ist durch die Sektion Grundlagen des BAG gewährleistet. Als Steuergremium und Entscheidungsinstanz wurde das Leitungsteam der Abteilung Nationale Präventionsprogramme des BAG festgelegt.

In Zusammenarbeit und Koordination mit den Verantwortlichen des Sucht-Monitoring-Systems wurde eine Steckbriefvorlage für die Indikatoren-Beschreibung entwickelt. Dieser Steckbrief dient der vollständigen und klaren Definition eines gewählten Indikators.

Bei der Auswahl der Indikatoren wurde darauf Wert gelegt, dass bereits bestehende Indikatoren oder Indexe berücksichtigt wurden. Die Indikatoren des MOSEB und der MOSEB-Partnerinstitutionen wie Obsan, GFCH, Observatorium Sport und Bewegung und BFS, wie auch des Suchtmonitorings lieferten eine wichtige Grundlage.

Die einzelnen Indikatoren wurden bewusst möglichst breit definiert, um ein grosses Spektrum innerhalb des Indikators abdecken zu können und die Möglichkeit einer weiteren Differenzierung zu haben.

Pro Ziel der NCD-Strategie sollte möglichst ein Indikator definiert werden, wobei bei Zielen mit mehreren Inhalten pro Inhalt ein Indikator zugeordnet werden sollte. Um die Zielerreichung angemessen beobachten zu können, müssen jedoch pro Ziel mehrere Dimensionen berücksichtigt werden und somit ist auch die Anzahl Indikatoren höher als die Zielanzahl (90 Indikatoren vs. 10 Ziele). Die Differenzierung nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Variablen ist immer mitgedacht. Wichtig für die Beobachtung über die Zeit ist die Verlässlichkeit und Stabilität der gewählten Datenquellen. Die Auswahl der Datenquellen wurde auf Mandatsbasis vom Obsan übernommen.

2.2.2 Zeitliches Vorgehen

In der Zeitspanne vom Jan. - Juni 15 fanden zwei Workshops mit Expertinnen und Experten für die Diskussion der Indikatoren-Vorschläge statt, zahlreiche Gespräche mit Fachleuten, Koordinationssitzungen mit den Verantwortlichen des Sucht-Monitoring-Systems wie auch zwei Sitzungen mit dem Steuergremium für die Verabschiedung des Indikatoren-Sets.

In den Monaten Juli - Nov. 15 werden die Datenquellen für die ausgewählten Indikatoren diskutiert und festgelegt. Dazu fand im Sept. 15 ein weiterer Experten-Workshop statt. Im Dez. 15 wurden die Indikatoren samt festgelegten Datenquellen im Rahmen eines Journal-Club präsentiert.

Detailliertes zeitliches Vorgehen:

Datum	Inhalt
4. Dezember 14	Kickoff-Sitzung für Koordination Monitoring-System NCD und Monitoring-System Sucht mit Büro BASS
Januar 15	Sichtung WHO-Framework und Erstellen 1. Version Indikatoren-Set
22. Januar 15	Besprechung Indikatoren Alkohol und Tabak mit Fachsektionen BAG
19. Februar 15	Erhalt von Impactzielen NCD-Strategie
26. Februar 15	1. Workshop: Diskussion 1. Version und offene Punkte BAG intern
5. März 15	Diskussion 1. Version mit AG MOSEB (BASPO, BLV, BFS, ASTRA, SUVA)
9. März 15	Diskussion 1. Version mit Team von Gesundheitsförderung Schweiz
16. März 15	Koordinationssitzung Wirkungsmodell
19. März 15	Diskussion 1. Version und Abstimmung mit Indikatoren G2020 mit Obsan und BFS
März - Anfang April 15	Treffen mit Fachpersonen BLV, BAG, weitere
13. April 15	Koordinationssitzung Wirkungsmodell
16. April 15	2. Workshop: Diskussion 2. Version BAG intern
20. April 15	Koordinationssitzung Büro BASS für Indikatoren Sucht
23. April 15	Strategische Diskussion LT NPP (Leitungsteam Abteilung NPP des BAG)
Mai 15 – Juni 15	Partizipative Erarbeitung Steckbriefe der Indikatoren
2. Juli 15	Finalisiertes (Inhalt und Formal) Indikatoren-Set liegt vor.
6. Juli 15	Strategische Verabschiedung des Indikatoren-Sets durch LT NPP
13. Juli 15	Koordinationssitzung Büro BASS für Indikatoren Sucht
Juli – Nov. 15	Überprüfung und Ausformulierung der benötigten Datenquellen (Externes Mandat)
14. Sept. 15	Workshop für Diskussion Datenquellen
6. Nov. 15	Abgleich Leitindikatoren mit erweitertem Leitungsgremium NCD-Strategie
15. Dez. 15	Finalisierter Bericht zu Indikatoren und Datenquellen liegt vor (BAG-intern)
17. Dez. 15	Präsentation Indikatoren und Datenquellen an Journal-Club
April 2016	Publikation Bericht auf BAG-Webseite in Koordination mit NCD-Strategie

2.2.3 Rahmenbedingungen für die Auswahl und Definition der Indikatoren

Bei der Erstellung des Indikatoren-Sets für das NCD-Monitoring-System sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, welche einen klaren Rahmen setzen bezüglich der Definition, Inhalte und Anzahl der Indikatoren:

- Ziele (Impact- und Outcome-Ebene) der nationalen NCD-Strategie (Wirkungsmodell)
- Massnahmen im Rahmen der nationalen NCD-Strategie (noch zu definierende Massnahmen werden einen Einfluss haben auf die Konkretisierung der Indikatoren im Outcomebereich)
- WHO-Vorgaben (Global Monitoring Framework) mit Reportingpflicht
- Verfügbarer Datensatz in der Schweiz (es sollen möglichst keine neuen Datenerhebungen notwendig sein für die Beschreibung der Indikatoren)
- Anzahl der Indikatoren beschränken auf eine Menge, die übersichtlich bleibt, gut zu handhaben ist und deren Indikatoren eine klare und hohe Relevanz für die NCD-Strategie ausweisen
- Abstimmung mit dem Monitoring-System Sucht im Bereich von Schnittstellen (Indikatoren zum Thema Alkohol- und Tabakkonsum, Marktregulierungen)
- Expertenmeinungen rund um die NCD-Themen, ermittelt in Workshops und bilateralen Konsultationen

In der Zusammenstellung der Indikatoren wurde zudem darauf geachtet, dass die Themen der Risikofaktoren Alkohol, Tabak, Ernährung, Bewegung, wie auch Übergewicht möglichst gleichberechtigt berücksichtigt wurden. Auch der Aspekt der Kinder- und Jugendgesundheit ist bei der Definition des Indikatoren-Sets mitgedacht worden.

Aufgrund der Trennung von „NCD-Erkrankung“ und „psychischer Gesundheit“ auf strategischer Ebene wurde die bestehende Schnittstelle im Monitoringbereich durch Integration von folgenden Indikatoren gelöst:

- 17.1 und 17.2: Job-Stress-Index und ökonomisches Potenzial bei Verbesserungen in Bezug auf Index
- 47 Erschöpfungsraten von Erwerbstätigen
- 42 Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs inkl. psychische Gesundheit und Demenz

Um den Strategie-Bedürfnissen gerecht zu werden und alle Zielgruppen genügend beschreiben zu können, ist geplant, die Daten wenn immer möglich zu differenzieren nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Variablen wie Einkommen, Bildung, Nationalität, sowie Sprachregion. Wünschenswert ist Stratifizierung nach NCD-Diagnose.

Obwohl das NCD-Indikatoren-Set mit Fokus auf bestehenden Daten und Indikatoren aufgebaut ist, gibt es bei einigen Indikatoren Datenlücken. Wie diese Datenlücken kompensiert oder geschlossen werden können, muss in den kommenden Jahren definiert werden.

2.2.4 Bezug zu NCD-Strategie

Die NCD-Strategie umfasst 10 Impactziele. Die definierten 90 Indikatoren des NCD-Monitoring-Systems dienen dazu, diese Ziele zu beschreiben und zu beobachten.

Im Wirkungsmodell der Strategie (siehe Abb. 1) sind im Bereich „Outcome“ die Zielgruppen definiert. Das NCD-Indikatoren-Set wird diesen Zielgruppen gerecht mittels der Berücksichtigung der Variablen Alter, Geschlecht, sozioökonomische Faktoren und Diagnose von NCD-Erkrankung wo immer möglich aufgrund der Datenlage.

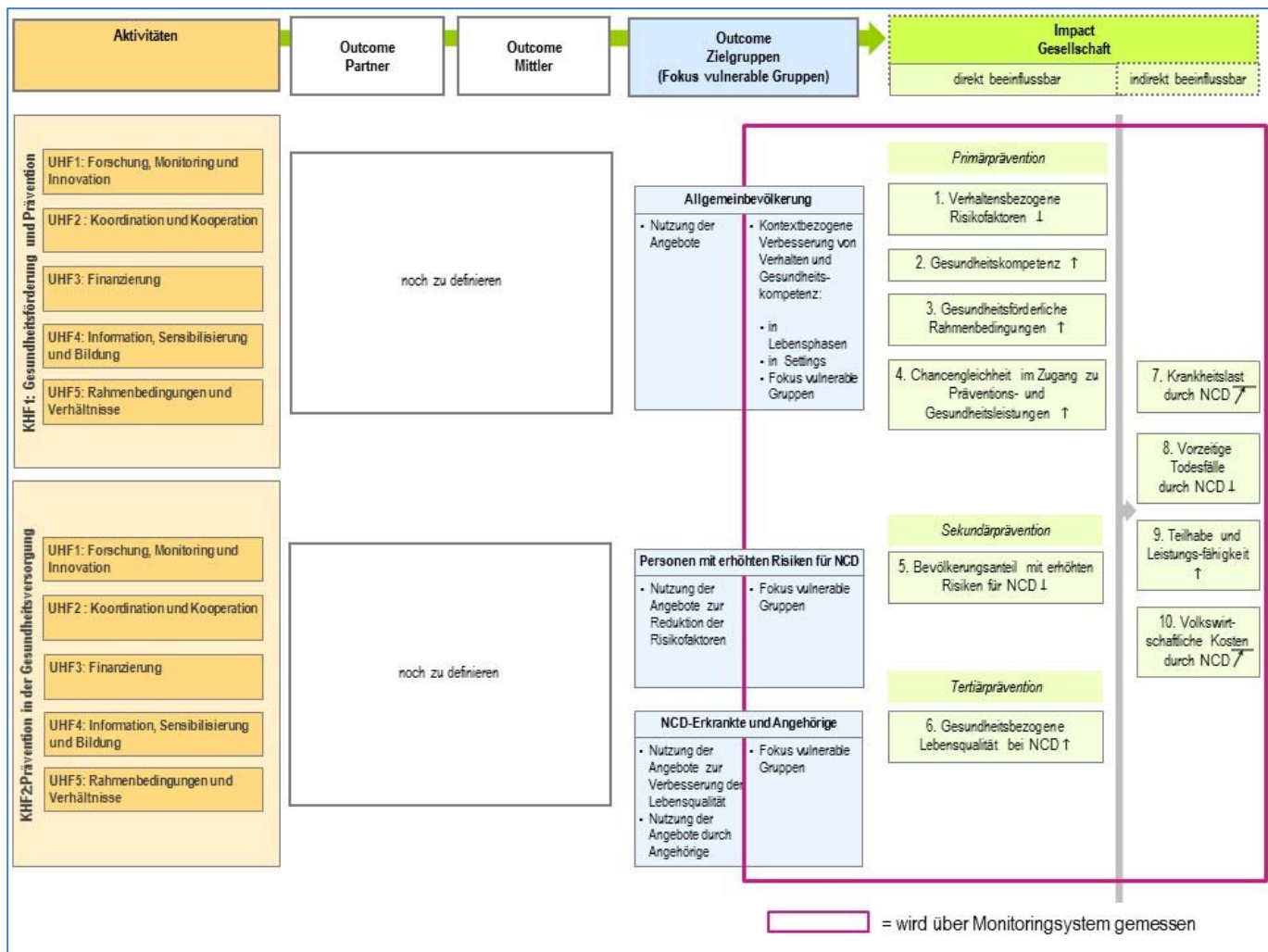


Abb. 1: Wirkungsmodell der NCD-Strategie (Interface, 20.4.2015)

Die NCD-Strategie hat folgende Zielgruppen gewählt:

- Allgemeinbevölkerung
- Personen mit erhöhtem Risiko für NCD (Risikogruppen)
- NCD-Erkrankte und Angehörige

Die Zielgruppen-Beschreibung bedingt somit die stratifizierten Auswertungen (Disaggregationen) der Indikatoren-Daten nach folgenden Aspekten:

- Lebensphasen (Altersgruppen: Kinder/Jugendliche, Erwerbstätige, Senior/-innen)
- Soziodemographische Variablen: Geschlecht, Bildung, Einkommen, Beruf, Nationalität/Migration und Sprachregionen
- Vorhandene Diagnose für NCD-Erkrankung (vgl. Indikatoren- Nr. 34-38 (Ziel 6))
- Sowie Auswertungen zu den verschiedenen Settings (Arbeitsplatz, Schulen, Gemeinden), vgl. Indikator Nr. 21 (Ziel 3)

Einige Indikatoren decken die Schnittstelle zwischen Impact- und Outcome-Zielen (Bezug zu Massnahmen) ab, wie beispielsweise der Indikator Nr. 21 (Strukturelle Prävention in Settings) oder Nr. 24 (Prävention in Gesundheitsversorgung). Bei diesen Indikatoren kann der genaue Inhalt erst nach der Wahl der Massnahmen festgelegt werden (2016).

2.2.5 Übersicht des NCD-Indikatoren-Sets

Die Kontrolle der Zielerreichung der NCD-Strategie findet mittels 55 übergeordneten Indikatoren statt. Aufgrund der Differenzierung der Indikatoren nach Altersgruppen (Erwachsene, Kinder/Jugendliche), Risikofaktoren (Alkohol, Tabak, Ernährung, Bewegung und Übergewicht) wie auch nach NCD-Erkrankung umfasst das Indikatoren-Set faktisch 99 Indikatoren.

Innerhalb der 99 Indikatoren werden vier Indikatoren doppelt erfasst, weil diese vier Indikatoren in jeweils zwei Zielen der NCD-Strategie eine bedeutende Rolle einnehmen. Es handelt sich dabei um folgende vier Ziele und die jeweilige Zielzuordnung:

- 2.1 Diabetes-Erkrankung ab 15 Jahren: Übergeordnetes Ziel 1 (ÜZ 1) und Spezifisches Ziel 5 (SZ 5)
- 2.2 Diabetes-Erkrankung unter 15 Jahren: ÜZ 1 und SZ 5
- 50.1 Gesundheitszustand ab 16 Jahren: SZ 4 und SZ 6
- 50.2 Gesundheitszustand bei 0-14-Jährigen: SZ 4 und SZ 6

Die beiden Indikatoren zu Diabetes werden doppelt aufgeführt, weil Diabetes sowohl ein physiologischer Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten, wie auch eine nichtübertragbare Krankheit per se ist. Bei den beiden Indikatoren zum Gesundheitszustand, die zweimal aufgenommen sind, ist die Ausprägung nicht ganz identisch. Der Gesundheitszustand im SZ 4 wird lediglich in Bezug zum Einkommen (Nr. 50.1) resp. elterlichen Einkommens (Nr. 50.2) berechnet, um eine Aussage bezüglich der Chancengleichheit machen zu können. Im SZ 6 ist der Indikator 50.1 als Leitindikator (vgl. Definition unten) definiert und beiden Indikatoren 50.1 und 50.2 werden umfassend nach allen verfügbaren soziodemographischen Variablen differenziert.

Die 99 Indikatoren wurden priorisiert und wie folgt eingeteilt:

- **13 strategische Leitindikatoren** für Geschäftsleitung BAG
- **32 Kernindikatoren** für zentrale Dimension der NCD-Strategie (inkl. Leitindikatoren)
- **54 Zusatzindikatoren** für spezifische Informationen

Die Einteilung erfolgte nach untenstehenden Kriterien:

Leitindikatoren (Kriterien gemäss Koordination mit Vertretern des erweiterten Leitungsgremiums der NCD-Strategie definiert)

1. Die Leitindikatoren müssen valide Aufschluss darüber geben, ob die Ziele der NCD-Strategie erreicht worden sind, d.h. sie müssen das jeweilige Ziel gesamthaft oder einen wesentlichen Teil davon erfassen.
2. Die Leitindikatoren müssen jährlich oder mind. alle drei Jahre gemessen werden können. Nur so ist es möglich, ein Monitoring zu haben, welches Trendanalysen erlaubt und verhindert, dass zufällige Unterschiede zwischen länger auseinanderliegenden Messungen (z.B. alle 5 Jahre) falsch interpretiert werden.
3. Die Leitindikatoren müssen mit bekannten Messeigenschaften (z.B. hohe Zuverlässigkeit, wenig Messfehler) gemessen werden.
4. Es muss ein begrenztes Set von engmaschig gemessenen Leitindikatoren sein (i.d.R. 1 pro Ziel), um die Interpretation zu erleichtern. Einzige Ausnahme bildet das individuelle Verhalten, wo mehrere Leitindikatoren angezeigt sind.
5. Für jeden Leitindikator muss ein Ziel über eine Langzeit-Periode (zwischen 10 – 30 Jahren) formuliert werden können (quantifizierbares Ziel). Dieser Zeitraum ist nötig, um beurteilen zu können, ob eine Veränderung der Leitindikatoren stattgefunden hat und um zufällige Ausreisser zu identifizieren.
6. Beschränkung auf die erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren. Die Prävention ist natürlich auch bei Kindern und Jugendlichen wichtig, aber bei Leitindikatoren wird der Fokus auf Erwachsene gelegt, da sich NCD-Erkrankungen im höheren Alter manifestieren.

Kernindikatoren

1. Kernindikatoren geben Auskunft über das Erreichen eines wesentlichen Teils der jeweiligen NCD-Ziele, jedoch ohne Beitrag über das Erreichen der quantifizierten Ziele.
2. Kernindikatoren decken inhaltlich zentrale Dimensionen der NCD-Strategie und deren Massnahmen ab.
3. Kernindikatoren müssen in der Strategie-Laufzeit von 2017 – 2024 mindestens 2-mal gemessen und über eine Entwicklung vor der Strategie-Laufzeit Auskunft geben können.
4. Kernindikatoren sollten auf Daten basieren, deren Erhebung langfristig zugesichert ist.
5. Kernindikatoren sollten möglichst für die verschiedenen Zielgruppen der NCD-Strategie differenziert werden können: Erwachsene (inkl. Ältere), Kinder/Jugendliche und nach soziodemographischen Variablen.

Zusatzindikatoren

1. Zusatzindikatoren geben Auskunft über spezifische Elemente mit einem Bezug zu den NCD-Zielen.
2. Zusatzindikatoren liefern detaillierte Informationen, welche für die Entwicklung, Überprüfung und Optimierung von Massnahmen im Rahmen der NCD-Strategie wichtig sind.
3. Zusatzindikatoren müssen in der Strategie-Laufzeit von 2017 – 2024 mindestens 1-mal gemessen werden können und einen Messpunkt vor der Strategie-Laufzeit aufweisen.
4. Zusatzindikatoren sollten möglichst für die verschiedenen Zielgruppen der NCD-Strategie differenziert werden können: Erwachsene (inkl. Ältere), Kinder/Jugendliche und nach soziodemographischen Variablen.

Die Indikatorenanzahl pro Ziel ist nicht identisch. Die Bandbreite der Indikatoren-Anzahl pro Ziel geht von 3 bis 26 Indikatoren (vgl. Abb. 2). Diese Unterschiede sind dadurch bedingt, dass einige Ziele (wie SZ 1 oder SZ 1) mehrere Dimensionen abdecken, sehr breit formuliert sind oder bereits viel Erfahrung besteht in diesen Themengebieten. Die Anzahl der Indikatoren pro Ziel steht jedoch in keinem Zusammenhang mit der Priorisierung der NCD-Ziele.

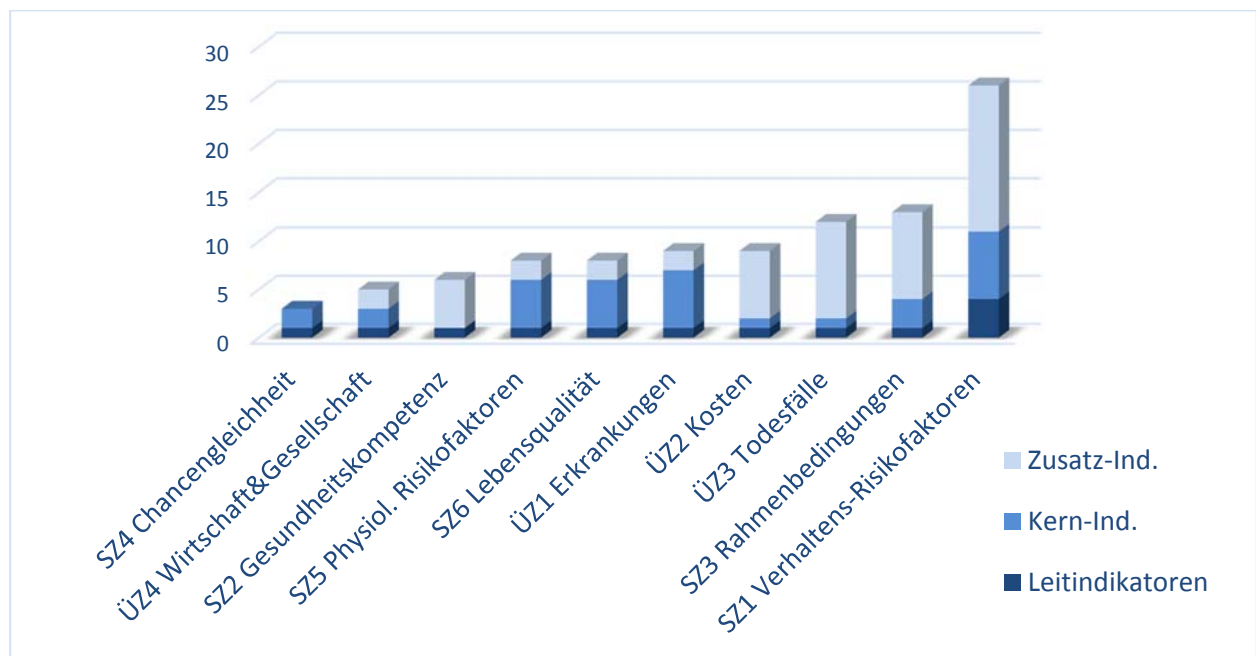


Abb. 2 Anzahl Indikatoren pro NCD-Strategieziel

Die 10 Ziele der NCD-Strategie werden wie folgt im Dokument abgekürzt:

Übergeordnete langfristige Ziele (ÜZ)

ÜZ1	Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
ÜZ2	Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostesteigerung
ÜZ3	Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
ÜZ4	Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft

Spezifische Ziele (SZ)

SZ1	Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
SZ2	Verbesserung der Gesundheitskompetenz
SZ3	Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
SZ4	Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention
SZ5	Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken
SZ6	Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit

2.2.6 Beschreibung der Indikatoren

Die Darstellung und Beschreibung der Indikatoren erfolgt mittels Steckbriefe. Alle wichtigen Informationen zu den Indikatoren sind im Kapitel 2 tabellarisch aufgeführt. Die Steckbriefe enthalten folgende Inhalte:

- Bezeichnung
- Definition
- Relevanz
- Bezug zu Strategie
- Kategorisierung des Indikators
- Messung des Indikators mit Angabe Subindikatoren, Messmethode, Datenquelle, Disaggregation, Anzahl Messpunkte, Frequenz der Erhebung, Nächste Aktualisierung
- Vergleichbarkeit
- Limitierung
- Bemerkungen
- Weiterführende Literatur

Die Reihenfolge der Indikatoren innerhalb der Kategorien Leit-, Kern- und Zusatzindikatoren ist rein zufällig und entspricht keiner Priorisierung.

Pro Indikator ist gemäss den Vorgaben der NCD-Strategie eine standardisierte Differenzierung nach Alter (Lebensphasen) und soziodemographische Variablen (Geschlecht, Bildung, Einkommen, Beruf, Nationalität/Migration und Sprachregionen) vorgesehen.

Bei einigen Indikatoren werden Subindikatoren unterschieden (Bezeichnungen A), B), C) etc.). Die Subindikatoren decken unterschiedliche Dimensionen ab, welche im Themenspektrum des Indikators wichtig sind und deren getrennte Betrachtung sinnvoll ist (beispielsweise Indikator-Nr. 1 Krebs-Erkrankungen nach Krebsart: A) Inzidenz von allen Krebserkrankungen pro 100'000 Einwohner/innen, B) Inzidenz von Kolon/ Rektum-Karzinomen pro 100'000 Einwohner/innen.

Unter „Bemerkungen“ ist aufgeführt, ob der jeweilige Indikator bereits von einer Institution berechnet wurde, öffentlich zugänglich ist und regelmässig aktualisiert wird (Kennzeichnung als „Indikator liegt vor bei X“ (der jeweiligen Institution)). Dies bedingt, dass bei der Umsetzung des Monitoring-Systems NCD mit der angegebenen Institution die Indikatoren-Erarbeitung konkretisiert und koordiniert werden

muss. Falls der Indikator noch nie oder nicht mehr von einer Institution bewirtschaftet wird, ist dies mit „Indikator liegt nicht vor“ angegeben.

Die geplante Messung des jeweiligen Indikators ist mittels Stichworten im Steckbrief beschrieben. Es war das Ziel, die Indikatoren möglichst auf einem verfügbaren Datensatz aufzubauen, um kostengünstig und effizient die Indikatoren berechnen zu können. Dies war jedoch aufgrund der aktuellen, zum Teil ungünstigen Datenlage in der Schweiz, nur beschränkt möglich. Bei mehreren Indikatoren liegen somit Datenlücken vor. Bei weiteren Indikatoren kommen hingegen mehrere Datenquellen in Frage und es ist eine Entscheidung notwendig, welche Datenquelle aufgrund von Kriterien wie verwendete Methodik, Periodizität, Stichproben-Charakteristika, anfallende Kosten etc. berücksichtigt werden soll.

Für die Abklärung der Datenverfügbarkeit, der Priorisierung und Darstellung der Datenlücken wurde ein Mandat ans Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) vergeben. Die Resultate dieser Analyse sind im Bericht „Datenquellen für das NCD-Monitoring-System“ (Obsan, Dez. 2015) dargestellt. Der Bericht ist auf der Webseite des BAG aufgeschaltet: www.bag.admin.ch/NCD.

Die NCD-Erkrankungen werden in den Steckbriefen gemäss den ICD-10-Codes konkretisiert und bezeichnet. ICD-10 ist die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

Parallel zum Indikatoren-Set NCD ist ein Indikatoren-Set Sucht erarbeitet worden. Die beiden Themenbereiche NCD und Sucht haben bei den Risikofaktoren Alkohol und Tabak Überschneidungen. Dies bedeutet, dass insgesamt 17 Indikatoren in beiden Indikatoren-Sets vorkommen und identisch sind. In folgender Liste sind die identischen Indikatoren mit den beiden Nummern aufgeführt.

Ind. Nr. NCD	Kurzbezeichnung	Ind. Nr. Sucht
ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle		
12.1	Alkoholbedingte Mortalität	31.1
12.2	Tabakbedingte Mortalität	31.2
SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren		
18.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	1.2
18.2	Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	2.1
20.1	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	2.2
20.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	2.3
21.1	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	3.1
21.2	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	3.2
22.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	4.1
22.2	Tabakkonsum (Rauchen) bei 11-15-Jährigen	4.2
24	Produktespezifischer Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	5
25	Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren	21.2
33	Multifaktorielles Risikoverhalten ab 15 Jahren	14.1
SZ 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz		
36.1	Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	15.1
36.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	15.2
SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen		
40.1	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol ab 15 Jahren	16.1
40.2	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak ab 15 Jahren	16.2

3 Übersichtstabelle

Indikatoren-Set Monitoring-System nichtübertragbare Krankheiten (NCD)

Ind. Nr.	Kurzbezeichnung	Priorität	Vollständige Bezeichnung
Übergeordnete langfristige Ziele			
Ziel 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast			
1	Krebs-Erkrankungen ab 15 Jahren	Leitindikator	A) Inzidenz von allen Krebserkrankungen pro 100'000 Einwohner/innen B) Inzidenz von Kolon/ Rektum-Karzinomen pro 100'000 Einwohner/innen C) Inzidenz von Brustkrebs pro 100'000 Einwohnerinnen D) Inzidenz von Prostatakrebs Rate pro 100'000 Einwohner E) Inzidenz von Lungenkrebs Rate pro 100'000 Einwohner/innen
2.1	Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren	Kernindikator	Anteil Diabetes-Erkrankungen bei Personen ab 15 Jahren
2.2	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren	Kernindikator	Anteil Diabetes-Erkrankungen bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab 15 Jahren	Kernindikator	A) Anteil Personen mit akutem Myokardinfarkt pro 100'000 Einwohner/innen B) Anteil Personen mit Hirnschlag pro 100'000 Einwohner/innen
4.1	Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren	Kernindikator	A) Anteil Personen mit COPD pro 100'000 Einwohner/innen B) Anteil Personen mit Asthma pro 100'000 Einwohner/innen
4.2	Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren	Kernindikator	Anteil Atemwegs-Erkrankungen bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren
5	Muskuloskelettale Erkrankungen ab 15 Jahren	Kernindikator	A) Anteil Personen ab 15 Jahren mit Rückenschmerzen B) Anteil Personen ab 15 Jahren mit Osteoporose C) Anteil Personen ab 15 Jahren mit Arthrose/Arthritis
6	Multimorbidität ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil der Personen, welche eine Multimorbidität aufweisen ab 15 Jahren
7	Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren	Zusatzindikator	Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden Lebensjahre in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren
Ziel 2: Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung			
8	Kosten des Gesundheitswesens	Leitindikator	Kosten im Gesundheitswesen pro Jahr ohne Unfallkosten
9.1	Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs	Kernindikator	Direkte und indirekte Kosten durch NCDs
9.2	Volkswirtschaftliche Kosten: Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Zusatzindikator	Direkte und indirekte Kosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10 I00- I99) inkl. Hirnschlag
9.3	Volkswirtschaftliche Kosten: Krebs-Erkrankungen	Zusatzindikator	Direkte und indirekte Kosten durch Krebs-Erkrankungen (C00-C97)

9.4	Volkswirtschaftliche Kosten: Diabetes-Erkrankungen	Zusatzindikator	Direkte und indirekte Kosten durch Diabetes-Erkrankungen (E10-E14)
9.5	Volkswirtschaftliche Kosten: Atemwegs-Erkrankungen	Zusatzindikator	Direkte und indirekte Kosten durch Atemwegs-Erkrankungen (J30-J98)
9.6	Volkswirtschaftliche Kosten: muskuloskelettale Erkrankungen	Zusatzindikator	Direkte und indirekte Kosten durch muskuloskelettale Erkrankungen
9.7	Volkswirtschaftliche Kosten: psychische Erkrankungen	Zusatzindikator	Direkte und indirekte Kosten durch psychische Erkrankungen
9.8	Volkswirtschaftliche Kosten: Demenz-Erkrankungen	Zusatzindikator	Direkte und indirekte Kosten durch Demenz-Erkrankung

Ziel 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle

10.1	Verlorene potentielle Lebensjahre durch NCD	Leitindikator	Verlorene potentielle Lebensjahre zwischen dem 1. und 70. Lebensjahr durch NCDs in Rate pro 100'000 Einwohner/innen
10.2	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Zusatzindikator	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Herz-Kreislauf-Erkrankung (ICD-10 I00- I99)
10.3	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Krebs-Erkrankungen	Zusatzindikator	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Krebs-Erkrankungen (C00-C97)
10.4	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Diabetes-Erkrankungen	Zusatzindikator	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Diabetes-Erkrankungen (E10-E14)
10.5	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Atemwegs-Erkrankung	Zusatzindikator	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Atemwegs-Erkrankung (J30-J98)
10.6	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Leberzirrhose	Zusatzindikator	Verlorene potentielle Lebensjahre durch Leberzirrhose (K70 und K74)
11	Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund NCD	Kernindikator	Wahrscheinlichkeit für einen Todesfall zwischen 30 und 70 Jahren aufgrund einer NCD: Herz-Kreislauf-Erkrankung (ICD-10 I00-I99), Krebs (C00-C97), Diabetes (E10-E14) oder Atemwegs-Erkrankung (J30-J98)
12.1	Alkoholbedingte Mortalität	Zusatzindikator	Anzahl der Todesfälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen
12.2	Tabakbedingte Mortalität	Zusatzindikator	Anzahl der Todesfälle, die auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen
12.3	Ernährungsbedingte Mortalität	Zusatzindikator	Anzahl der Todesfälle, die auf unausgewogene Ernährung zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen
12.4	Inaktivitätsbedingte Mortalität	Zusatzindikator	Anzahl der Todesfälle, die auf Inaktivität zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen
12.5	Adipositasbedingte Mortalität	Zusatzindikator	Anzahl der Todesfälle, die auf Adipositas zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen

Ziel 4: Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft

13	Invalidität aufgrund Krankheit bei 18-64-Jährigen	Leitindikator	Anteil Personen zwischen 18 und 64 Jahren mit IV-Bezug aufgrund Krankheit
----	---	---------------	---

14	Erwerbsquote bei 15-64-Jährigen	Kernindikator	Anteil Personen zwischen 15 und 64 Jahren, welche sich am Arbeitsmarkt beteiligen
15	Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15-64-Jährigen	Kernindikator	Anzahl krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheiten von erwerbstätigen Personen zwischen 15 und 64 Jahren im letzten Jahr
16	Erschöpfungsrate bei 15-64-Jährigen	Zusatzindikator	Anteil von erwerbstätigen Personen zwischen 15 und 64 Jahren mit einer Erschöpfung
17	Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, welche Freiwilligenarbeit verrichten (informell und institutionell)

Spezifische Ziele

Ziel 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren

18.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Leitindikator	Prävalenz des Alkoholkonsums von 40g/Tag (Männer) respektive 20g/Tag (Frauen) im Durchschnitt in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
18.2	Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	Kernindikator	Häufigkeit des Alkoholkonsums bei 11-15-Jährigen
19	Alkoholkonsum pro Kopf	Kernindikator	Durchschnittlich pro Jahr konsumierte Menge Reinalkohol pro Kopf von Personen ab 15 Jahren, basierend auf Verkaufszahlen
20.1	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten mindestens monatlich A) 4 (Frauen) / 5 (Männer) bzw. B) 6 oder mehr Standarddrinks zu einer Gelegenheit konsumiert haben
20.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	Zusatzindikator	A) Anteil der 11-15-Jährigen, die in ihrem Leben schon mindestens zweimal betrunken gewesen sind B) Anteil der 14-15-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen einmal oder mehr mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben
21.1	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil des Reinalkohols verschiedener alkoholischer Getränke am Gesamtkonsum, nach Geschlecht, Alter (ab 15 Jahren) und Sprachregion
21.2	Getränkesspezifischer Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen	Zusatzindikator	Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich a) Bier, b) Wein, c) Alcopops, d) Spirituosen trinken
22.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Leitindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die aktuell a) täglich rauchen, b) gelegentlich rauchen, c) früher geraucht haben, d) nie geraucht haben
22.2	Tabakkonsum (Rauchen) bei 11-15-Jährigen	Kernindikator	Anteil der 11-15-Jährigen, die aktuell a) täglich rauchen, b) gelegentlich rauchen, c) nicht rauchen
23	Passivrauchen ab 15 Jahren	Kernindikator	A) Anzahl Stunden pro Tag mit Rauch-Exposition ab 15 Jahren B) Regelungen für Rauchen im Haushalt
24	Produktespezifischer Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	A) Art und Menge der konsumierten Tabakprodukte B) Anteil des gemischten Konsums von Tabakprodukten C) Wechsel des Konsums zwischen verschiedenen Tabakprodukten

25	Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil der Raucher/innen ab 15 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören möchten, nach Zeitpunkt der angestrebten Verhaltensänderung (irgendwann; in den nächsten 6 Monaten; in den nächsten 30 Tagen)
26.1	Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren	Leitindikator	Anzahl der konsumierten Portionen Früchte und Gemüse pro Tag von Personen ab 15 Jahren
26.2	Früchte- und Gemüsekonsum bei 11-15-Jährigen	Kernindikator	Anzahl der konsumierten Portionen Früchte und Gemüse pro Tag von 11-15-Jährigen
27	Salzkonsum ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Durchschnittlicher Salzkonsum pro Tag in Gramm bei Personen ab 15 Jahren
28.1	Gesamt-Energiekonsum Personen ab 18 Jahren	Zusatzindikator	Durchschnittliche Energiemenge in kcal, die pro Tag und Person ab 18 Jahren an Lebensmitteln und Getränken konsumiert wird, inkl. prozentuale Verteilung der Makronährstoffe
28.2	Gesamt-Energiekonsum bei 0-17-Jährigen	Zusatzindikator	Durchschnittliche Energiemenge in kcal, die pro Tag und Person im Alter von 0-17 Jahren an Lebensmitteln und Getränken konsumiert wird, inkl. prozentuale Verteilung der Makronährstoffe
29	Stillen	Zusatzindikator	A) Anteil der gestillten Kinder in Prozenten B) Anteil der Säuglinge, die in den entsprechenden Lebensmonaten ausschliesslich gestillt wurden: im 1. und 2. Lebensmonat; 3. und 4. Lebensmonat; 5. und 6. Lebensmonat; 7. bis 9. Lebensmonat; 10. Lebensmonat und länger
30.1	Bewegungsverhalten ab 15 Jahren	Leitindikator	Dauer pro Woche in h und min, die mit Bewegung verbracht wird bei Personen ab 15 Jahren
30.2	Bewegungsverhalten bei 6-15-Jährigen	Kernindikator	Dauer pro Tag in h und min, die mit Bewegung verbracht wird bei 6-15-Jährigen
31.1	Sitzen und Ruhen bei Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anzahl h und min pro Tag, welche im Sitzen und Ruhen verbracht werden bei Personen ab 15 Jahren
31.2	Sitzen und Ruhen bei 6-15-Jährigen	Zusatzindikator	Anzahl h und min pro Tag, welche im Sitzen und Ruhen verbracht werden bei 6-15-Jährigen
32	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten ab 6 Jahren	Zusatzindikator	A) Tägliche Unterwegszeit zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad in h und min. B) Zurückgelegte Wegstrecken zu Fuss und mit dem Fahrrad pro Person in km C) Anzahl und Anteil Etappen pro Verkehrsmittel
33	Multifaktorielles Risikoverhalten ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil von Personen mit multifaktoriellem Risikoverhalten in Bezug auf Alkohol, Tabak, Bewegung und Ernährung ab 15 Jahren
34.1	Job-Stress-Index bei 15-64-Jährigen	Kernindikator	Durchschnittlicher Wert des Job-Stress-Indexes bei 15-64-Jährigen
34.2	Ökonomisches Potenzial	Zusatzindikator	Umfang des ökonomischen Potentials in CHF, welches mit Verbesserungen im Job-Stress-Index erreicht werden kann

Ziel 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz			
35	Gesundheitswissen ab 15 Jahren	Leitindikator	Verteilung des Gesundheitswissens (Index zu Health Literacy) bei Personen ab 15 Jahren
36.1	Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, deren Einschätzung zu diversen Risiken des Alkoholkonsums korrekt ist
36.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil der Personen, deren Einschätzungen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums (gesundheitliche Auswirkungen und Sterblichkeit) korrekt ist
36.3	Wissen über Risikofaktor unausgewogene Ernährung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	A) Geschätzte präventive Wirkungen von Ernährung auf verschiedene Krankheiten: Prozentuale Verteilung in Bezug auf die Antwortkategorien B) Bedeutung der Ernährungsempfehlungen für die Bevölkerung: Verteilung der Wichtigkeit pro Ernährungsbotschaft
36.4	Wissen über Wirkung Bewegung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	A) Einschätzung des nötigen zeitlichen Umfangs der Bewegung, damit die persönliche Gesundheit davon profitiert B) Begriffe, welche die Bevölkerung der Schweiz mit Sport in Verbindung bringt
36.5	Wissen über Wirkung des Körpergewicht ab 15 Jahren	Zusatzindikator	A) Wahrgenommene gesundheitlichen Risiken von Übergewicht B) Wahrgenommene Möglichkeiten des Individuums für ein gesundes Körpergewicht C) Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht
Ziel 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen			
37	Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention	Leitindikator	Verhältnis des Budgets für Prävention und Gesundheitsförderung zum Spitalbudget der kantonalen Gesundheitsdirektionen
38.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich Verkauf und Werbung für Alkohol auf kantonaler und nationaler Ebene	Kernindikator	Regulatorische Situation in der Schweiz bezüglich Alkohol: Erhältlichkeit, Preis und Werbung für Alkohol auf nationaler und kantonaler Ebene
38.2	Bestehende Regulierungen für Markt- und Werbeeinschränkungen bei Tabak auf kantonaler und nationaler Ebene	Kernindikator	Regulatorische Situation und Entwicklung in den Kantonen und national in Bezug zu Tabakwerbung, Tabakprodukte-Verkauf und Passivrauchen
38.3	Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung	Kernindikator	A) Anzahl der Unternehmen, welche sich am Swiss Pledge beteiligen B) Anzahl Nahrungs- und Getränkeanzeigen in Kindermagazinen C) Anteil beworbene Lebensmittelgruppen auf Schweizer Fernsehkanälen während und nach Kindersendungen in Prozenten
39	Strukturelle Prävention in Settings	Zusatzindikator	A) Anzahl der Aktionsversprechen im Rahmen der Initiative actionsanté B) Anzahl Auszeichnungen für eine Gesundheitsfördernde Gemeinschaftsgastronomie Nicht abschliessend! Abhängig von Massnahmen der NCD-Strategie.
40.1	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Zustimmung der Bevölkerung ab 15 Jahren zu bestimmten strukturellen Alkoholpräventionsmassnahmen

40.2	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die A) Präventionsmassnahmen im Bereich Tabakwerbung zustimmen B) weitergehenden gesetzlichen Regelungen zum Rauchverbot zustimmen (nach Ort/Situation/Räumlichkeit) C) Preiserhöhungen für Tabakprodukte zustimmen
40.3	Einstellung strukturelle Massnahmen – Ernährung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	A) Anteil an Personen ab 15 Jahren, die zufrieden sind mit dem Angebot an ausgewählten Lebensmitteln B) Anteil an Personen ab 15 Jahren, die beim Lebensmitteleinkauf die Nährwertangaben beachten
40.4	Einstellung strukturelle Massnahmen – Bewegung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	PLATZHALTER
41	Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen	Zusatzindikator	Anteil der Erholungsflächen an der Gesamtfläche der Schweiz
42	Verbreitung von Prävention in der Gesundheitsversorgung	Zusatzindikator	A) Anzahl und Umfang von Projekten in der Schweiz, welche die Prävention in der Grundversorgung integrieren, z. b. Swissprevent.ch B) Anzahl besuchter Weiterbildungen von Gesundheitscoaching pro Jahr Nicht abschliessend! Abhängig von Massnahmen der NCD-Strategie.
43	Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten	Zusatzindikator	A) Anzahl Patienten mit nichtübertragbarer Krankheit, welche an Kursen zu Selbstmanagement teilnehmen B) Anzahl qualitätsgeprüfter Selbstmanagement-Programme mit Einsatz von heiQ
44	Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen	Zusatzindikator	Anzahl Fälle der Verlegungen im zeitlichen Verlauf von stationärer Akutsomatik in die: - Rehabilitation - Psychiatrie - Spitex - Pflegeheim - Rehabilitation und Spitex/Pflegeheim - Akutsomatik

Ziel 4: Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention

45	Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren	Leitindikator	Anteil der Personen ab 16 Jahren, die auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen verzichten
50.1	Gesundheitszustand bezüglich Einkommen ab 16 Jahren	Kernindikator	Anteil der Personen ab 16 Jahren mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand im untersten Einkommensquintil gegenüber dem obersten Einkommensquintil
50.2	Gesundheitszustand bei 0-14-Jährigen bezüglich Einkommen der Eltern	Kernindikator	Anteil der 0-14-Jährigen mit gutem bis sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand in Abhängigkeit des elterlichen Einkommens

Ziel 5: Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken

46.1	Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren	Leitindikator	Verteilung der BMI-Kategorien bei Personen ab 15 Jahren
46.2	Übergewicht und Adipositas bei 6-15-Jährigen	Kernindikator	Verteilung der BMI-Kategorien bei 6-15-Jährigen

47	Bluthochdruck ab 15 Jahren	Kernindikator	Verteilung von erhöhtem Blutdruck bei Personen ab 15 Jahren in der Bevölkerung der Schweiz
2.1	Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren	Kernindikator	Anteil Diabetes-Erkrankungen bei Personen ab 15 Jahren
2.2	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren	Kernindikator	Anteil Diabetes-Erkrankungen bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren
48	Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren	Kernindikator	Anteil Personen mit erhöhtem Totalcholesterin ab 15 Jahren
49.1	Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Verteilung der Bauchumfang-Kategorien in Relation zum Geschlecht bei Personen ab 15 Jahren
49.2	Bauchumfang bei 6-13-Jährigen	Zusatzindikator	Verteilung der Bauchumfang-Kategorien in Relation zu Grösse und Geschlecht bei 6-13-Jährigen
Ziel 6:	Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit		
50.1	Gesundheitszustand ab 16 Jahren	Leitindikator	Anteile der Personen ab 16 Jahren mit schlechtem, mittelmässigem, gutem und sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand
50.2	Gesundheitszustand bei 0-14-Jährigen	Kernindikator	Anteil der 0-14-Jährigen mit gutem bis sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand
51.1	Lebensqualität ab 15 Jahren	Kernindikator	Selbsteinschätzung der Lebensqualität bei NCD-Erkrankung ab 15 Jahren
51.2	Lebensqualität bei 0-14-Jährigen	Kernindikator	Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von 0-14-Jährigen via Eltern
52	Körperliche Selbständigkeit ab 15 Jahren	Kernindikator	Anteil an Personen ab 15 Jahren mit einer Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens mit mindestens einer NCD
53	Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren	Kernindikator	Anteil an mittelstark bis stark pflegebedürftigen Personen ab 65 Jahren mit mindestens einer NCD
54	Soziale Unterstützung ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Umfang der sozialen Unterstützung bei, an NCD Erkrankten ab 15 Jahren
55	Hilfe beanspruchen für Pflege ab 15 Jahren	Zusatzindikator	Anteil an Personen ab 15 Jahren, welche in den letzten 12 Monaten informelle Kranken- und Körperpflege durch Angehörige erhalten haben

4 NCD Indikatoren-Set

1 Krebs-Erkrankungen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
1	Krebs-Erkrankungen ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	A) Inzidenz von allen Krebserkrankungen pro 100'000 Einwohner/innen B) Inzidenz von Kolon/Rektum-Karzinomen pro 100'000 Einwohner/innen C) Inzidenz von Brustkrebs pro 100'000 Einwohnerinnen D) Inzidenz von Prostatakrebs Rate pro 100'000 Einwohner E) Inzidenz von Lungenkrebs Rate pro 100'000 Einwohner/innen
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Beschreibung der Neuerkrankungen (Inzidenzen) an ausgewählten Krebsarten mittels der Rate pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen: A) Alle Krebserkrankungen B) Kolon/Rektum-Karzinom C) Brustkrebs D) Prostatakrebs E) Lungenkrebs
Relevanz:	Krebs ist die zweihäufigste Todesursache in der Schweiz. 40% der Personen in der Schweiz erkranken im Laufe ihres Lebens an Krebs. Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung in der Schweiz werden die Krebserkrankungen zukünftig ein noch wichtigeres Thema werden. Zu den häufigsten und relevantesten Krebsarten bei Männern und Frauen in der Schweiz in Bezug zu den Risikofaktoren Ernährung, Bewegung, Alkohol und Tabak gehören Kolon/Rektum-Karzinome, Brustkrebs, Prostatakrebs und Lungenkrebs.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung Rate pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen
Verwendete Datenquelle:	NICER (Nationales Krebsregister)
- Stichprobengrösse - Altersgruppen - Sprachregionen	alle alle D, F, I
Weitere Datenquellen:	SGB
Disaggregation:	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	Jährlich
Frequenz der Erhebung:	Jährlich

Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF-Nr. 2 (für alle Krebsinzidenzen gesamthaft)
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim BFS. Die SGB liefert Befragungsdaten nach ärztl. Behandlung, keine Unterscheidung nach Krebsarten möglich.
Weiterführende Literatur:	http://www.nicer.org/de/

BFS – Krebs-Indikatoren:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/05.html>

2.1 Diabetes-Erkrankungen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
2.1	Diabetes-Erkrankungen ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil Diabetes-Erkrankungen bei Personen ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Beschreibung der Prävalenz in der Bevölkerung ab 15 Jahren mit der Frage, ob der Arzt schon einmal Diabetes oder Zuckerkrankheit diagnostiziert hat. Dabei soll, wenn möglich, zwischen Diabetes Typ 1 und Typ 2 unterschieden werden, da es sich bei Typ 1 um eine Autoimmunerkrankung handelt, bei der die NCD-Strategie nicht greifen kann. Die WHO definiert Diabetes/erhöhten Blutzucker wie folgt: Nüchternglukoselevel von ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl) oder Einnahme von Medikamenten für erhöhte Blutzuckerwerte bei Erwachsenen ab 18 Jahren. Bei Erwachsenen ist Typ 2 der vorherrschende Diabetestyp. Dieser ist stark lebensstilbedingt und mit Übergewicht assoziiert. Im Kindes- und Jugendalter ist der Diabetes Typ 1 typischer, welcher eine Autoimmunkrankheit ist. In der SGB lauten die betreffenden Fragen: 1) „Sind Sie zurzeit oder waren Sie früher einmal in ärztlicher Behandlung wegen Diabetes (Zuckerkrankheit)?“ 2) „Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, Sie hätten Diabetes bzw. Sie seien zuckerkrank?“
Relevanz:	Diabetes gilt nicht nur als nichtübertragbare Krankheit (NCD), sondern ist auch ein Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankheiten. Bei 5% der Bevölkerung ist bereits einmal im Leben Diabetes ärztlich diagnostiziert worden. Seit 1997 ist der Anteil der von Diabetes betroffenen Personen gestiegen. Der Anteil Personen mit Diagnose Diabetes nimmt vor allem mit ansteigendem Alter zu. Somit dürfte Diabetes mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung in der Schweiz zukünftig ein noch wichtigeres Thema werden.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	CoLaus und FIRE-Daten (gemessene Werte)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	3 (2002, 2007, 2012)

Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Global Monitoring Framework (GMF) der WHO - Nr. 12
Limitierung:	In der Schweiz gibt es keine zuverlässigen und national repräsentativen Studien über die Häufigkeit von Diabetes. Bopp et al. 2011 nutzt Daten aus drei unterschiedlichen Quellen, um genauere und zuverlässigere Zahlen zur Häufigkeit von Diabetes in der Schweiz zu erhalten. Sie verwendeten Daten aus der Spitalstatistik, der Todesursachenstatistik und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Dabei war ausschlaggebend, wie häufig Diabetes als Spital-Nebendiagnose, als Begleit-Todesursache oder als Selbstangabe deklariert wurde. Schweizer Experten empfehlen diese Daten als ersten Überblick zu verwenden. Keine Unterscheidung zwischen Diabetes Typ 1 und 2 aufgrund der vorhandene Daten möglich.
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim MOSEB (Indikator 5.1), beim BFS und beim Obsan. Helsana Daten sind nicht öffentlich zugänglich und die Daten der CSS sind nicht zuverlässig genug. In der SGB könnte eine Kombination von selbstgenannter Diagnose und Behandlung von Diabetes verwendet werden. Weitere mögliche Datenquelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Statistik der Todesursachen, Methode zur Kreuzung dieser Daten nach Bopp et al. 2011. CoLaus : Kaiser et al, 2012, Estoppey et al, 2011. International Diabetes Federation (IDF) (www.idf.org)
Weiterführende Literatur:	Bundesamt für Statistik: Gesundheitszustand und Krankheiten – Daten, Indikatoren. Diabetes. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/02/03.html Indikator beim Obsan: http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/diabetes-mellitus-ngb Indikator beim MOSEB: vgl. unten Bopp, M., Zellweger, U. & Faeh, D. (2011). Routine data sources challenge international diabetes Federation extrapolations of national diabetes prevalence in Switzerland. Diabetes Care, 34(11): 2387-2389. Prevalence, awareness and treatment of type 2 diabetes mellitus in Switzerland: the CoLaus study. (Kaiser A, et al. Diabet Med. 2012;29:190) Estoppey D, Paccaud F, Vollenweider P, Marques-Vidal P. Trends in self-reported prevalence and management of hypertension, hypercholesterolemia and diabetes in Swiss adults, 1997–2007. BMC Public Health 2011;11:114

MOSEB-Indikator 5.1:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07885/index.html?lang=de

2.2 Diabetes-Erkrankungen < 15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
2.2	Diabetes-Erkrankungen unter 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil Diabetes-Erkrankungen bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Beschreibung der Prävalenz von Diabetes in der Bevölkerung < 15 Jahren. Bei Kindern und Jugendlichen soll unbedingt zwischen Diabetes Typ 1 und Typ 2 unterschieden werden, da es sich bei Typ 1 um eine Autoimmunerkrankung handelt, bei der die NCD-Strategie nicht greifen kann. Die WHO definiert Diabetes/erhöhter Blutzucker wie folgt: Nüchternglukoselevel von ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl).
Relevanz:	Diabetes gilt nicht nur als nichtübertragbare Krankheit (NCD), sondern ist auch ein Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankheiten. Im Kindes- und Jugendalter ist der Diabetes Typ 1 die typische Form, welche eine Autoimmunkrankheit ist. Diabetes Typ 1 ist die häufigste Stoffwechselerkrankung bei Kindern. In den letzten Jahren hat der Diabetes Typ 2 jedoch auch bei Kindern und Jugendlichen zugenommen. In der Schweiz ist die Erkrankung jedoch noch selten. Bei übergewichtigen und adipösen Kindern wurde in 6.5% der Fälle ein Frühstadium einer Zuckerstoffwechselstörung identifiziert, welche ein Risikofaktor für Diabetes Typ 2 ist (L' Allemand et al., 2008).
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	DATENLÜCKE
Verwendete Datenquelle:	
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	
Weitere Datenquellen:	
Disaggregation:	
Anzahl Messpunkte:	
Frequenz der Erhebung:	
Nächste Aktualisierung:	
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Global Monitoring Framework (GMF) der WHO - Nr. 12
Limitierung:	Für Typ 2 Diabetes bei Kinder/Jugendlichen gibt es keine Daten für die CH.

3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: A) Anteil Personen mit akutem Myokardinfarktes pro 100'000 Einwohner/innen B) Anteil Personen mit Hirnschlag pro 100'000 Einwohner/innen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Standardisierte Fallzahlen pro 100'000 Einwohner/innen derjenigen Personen, welche aufgrund eines akuten Myokardinfarkts (ICD-10-Codes: I21–I22) oder eines Hirnschlages (ICD-10-Codes: I60–I64) hospitalisiert wurden oder gestorben sind. Der akute Myokardinfarkt wird durch den Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefässe verursacht. Dadurch kommt es zu einer Mangel durchblutung des Herzmuskels, wobei ein Teil des Herzmuskelgewebes abstirbt. Ursache des Hirnschlages ist ein Unterbruch in der Gehirndurchblutung, der in den meisten Fällen durch eine mangelhafte Gehirndurchblutung (Ischämie) oder eine Blutung (Hämorrhagie) bedingt ist.
Relevanz:	Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in der Schweiz. Darunter fallen verschiedene Krankheiten des Kreislaufsystems wie die ischämischen Herzkrankheiten (Angina pectoris, akuter Myokardinfarkt), Herzinsuffizienz und Hirnschlag. Die Prävalenz des akuten Myokardinfarktes hat in den letzten zehn Jahren in der Schweiz zugenommen. Zudem nimmt die Prävalenz von Myokardinfarkt und Hirnschlag mit steigendem Alter zu. Somit dürften beide mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung in der Schweiz auch zukünftig noch wichtiges Thema bleiben.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung der altersstandardisierten Rate pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen
Verwendete Datenquelle:	Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Statistik der Todesursachen
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen •	alle 25+ Jahre Im Moment nur nach Kantonen vorhanden, jedoch möglich nach Sprachregionen
Weitere Datenquellen:	SGB
Disaggregation:	Nach Alter, Kanton, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	15 (seit 2000)
Frequenz der Erhebung:	jährlich anhand 5-Jahresdurchschnitt
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Möglich, jedoch kein Indikator des Global Monitoring Framework (GMF) der WHO
Limitierung:	-

Bemerkung:	Indikator liegt vor beim MOSEB (Indikator 5.1) und beim Obsan. Die SGB liefert Befragungsdaten nach ärztl. Behandlung und keine genauen Zahlen zu den Hospitalisierungen oder Todesfällen.
Weiterführende Literatur:	

Bundesamt für Statistik, Sterblichkeit, Todesursachen- Daten Indikatoren. Häufigste Todesursachen.

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html#parsys_60885

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Myokardinfarkt.

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/01/12.indicator.149011.html?open=149001,149002,149004,149003&close=149004>

MOSEB-Indikator 5.1:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07885/index.html?lang=de

4.1 Atemwegs-Erkrankungen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
4.1	Atemwegs-Erkrankungen ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung:	A) Anteil Personen mit chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) pro 100'000 Einwohner/innen B) Anteil Personen mit Asthma pro 100'000 Einwohner/innen	
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Beschreibung der Prävalenz von COPD/ Asthma mittels Rate pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen. COPD (chronische obstruktive Lungenerkrankung) ist ein übergeordneter Begriff für Atemwegserkrankungen, bei denen die Ausatmung behindert ist, wobei vor allem die chronische Bronchitis und das obstruktive Emphysem zu nennen sind. Gemäss ICD-10-Code ist COPD wie folgt klassifiziert: J40-J44, J47. COPD wird in erster Linie durch Tabakkonsum verursacht. Asthma (Asthma bronchiale) wird definiert als ICD-10-Code J45-J46. Es handelt sich um eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch eine bronchiale Überempfindlichkeit (Hyperreagibilität) und, im Gegensatz zur COPD, durch eine veränderliche (variable) Atemwegsobstruktion charakterisiert ist. Drei Formen von Asthma werden unterschieden: allergisches Asthma, nicht-allergisches (intrinsisches) Asthma aufgrund von Infektionen sowie Mischformen. Aus dem schriftlichen Fragebogen der SGB (Stand Version SGB12) ist ersichtlich, wie viele Personen wegen Asthma sowie wegen chronischer Bronchitis / Emphysem in ärztlicher Behandlung waren, oder dies zwar gehabt hatten, aber nicht dagegen behandelt werden/wurden.	
Relevanz:	Der Anteil der Personen, die an einer entsprechenden Atemwegserkrankung leiden, nimmt weltweit zu. In der Schweiz ist Asthma eine der häufigsten nichtübertragbaren Erkrankungen, die bei etwa 7% der erwachsenen Bevölkerung und 7.4% der Minderjährigen vorkommt (Szucs et al., 1999). Vor allem hinsichtlich des Zusammenhangs des Tabakkonsums und der COPD-Erkrankung wie auch der zunehmenden Alterung der Bevölkerung muss den Atemwegserkrankungen grosse Bedeutung beigemessen werden.	
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Befragung und medizinische Untersuchung (Lungenfunktionstests)	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	SAPALDIA (Swiss Study on Air Pollution and Lung Diseases in Adults)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
Stichprobengrösse	9'651 ursprünglich, jetzt 6'000-8'000	Ca. 20'000

• Altersgruppen • Sprachregionen	18-60 Jahren ursprünglich, mittlerweile an die 33-85 Jahre D, F, I, grob repräsentativ für diese Regionen und für Stadt/Land Verteilung	Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	SGB (schriftlicher Fragebogen) für Asthma und chronische Bronchitis, COPD nicht explizit.	Kombination SGB-Daten mit medizinische Statistik der Krankenhäuser anstreben
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	4 (1990, 2000, 2010, 2015)	3 (2002, 2007, 2012)
Frequenz der Erhebung:	unregelmässig	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	4. Erhebung am Laufen (Stand 2015)	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Möglich, jedoch kein Indikator des Global Monitoring Framework der WHO (GMF)	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim Obsan. Die Finanzierung der 4. Erhebung von SAPALDIA ist gesichert, weitere Erhebungen unklar. Kohorte wird kleiner aufgrund von Todesfällen. Die SGB liefert Befragungsdaten nach ärztl. Behandlung von Asthma und chronische Bronchitis, COPD nicht explizit. Stichprobengrösse N=884, evtl. für Disaggregationen in viele Untergruppen zu klein. Mit SGB keine Zuordnung gemäss ICD-10 Code möglich, ausser man vergleicht mit Spital-/Arztdaten. Mit der Med. Statistik der Krankenhäuser werden nie hospitalisierte Fälle verpasst. Mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser könnten die Hospitalisationen wegen COPD und wegen Asthma ermittelt werden, welche gemäss ICD codiert werden (Haupt-, Nebendiagnosen). Die Vollständigkeit wird jedoch eingeschränkt sein, aufgrund der Diagnosen-Bestimmung (COPD/Asthma meistens keine Hauptdiagnose bei Spitaleintritt).	
Weiterführende Literatur:	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag (S. 84). Szucs T., Anderhub H. und Rutishauser M. (1999): The economic burden of asthma: direct and indirect costs in Switzerland. European Respiratory Journal, 13(2): 281-286. Wuthrich B., et al. (2013): Prevalence of atopy and respiratory allergic diseases in the elderly SAPALDIA population. Int Arch Allergy Immunol, 162(2): 143-148.	

4.2 Atemwegs-Erkrankungen < 15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
4.2	Atemwegs-Erkrankungen unter 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil Atemwegs-Erkrankungen bei Kindern/Jugendlichen unter 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Beschreibung der Prävalenz von Asthma mittels prozentualem Anteil an der Bevölkerungsgruppe 0-18 Jährige. Asthma (Asthma bronchiale) wird definiert als ICD-10-Code J45-J46. Es handelt sich um eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch eine bronchiale Überempfindlichkeit (Hyperreagibilität) und, im Gegensatz zur COPD (chronische obstruktive Lungenerkrankung), durch eine veränderliche (variable) Atemwegsobstruktion charakterisiert ist. Drei Formen von Asthma werden unterschieden: allergisches Asthma, nicht-allergisches (intrinsisches) Asthma aufgrund von Infektionen sowie Mischformen. COPD ist eine Erkrankung des Erwachsenenalters und wird insbesondere durch langjährigen inhalativen Nikotinkonsum verursacht. Bei Kindern/Jugendlichen tritt COPD nicht auf.
Relevanz:	Der Anteil der Personen, die an einer entsprechenden Atemwegserkrankung leiden, nimmt weltweit zu. In der Schweiz ist Asthma eine der häufigsten nichtübertragbaren Erkrankungen, die bei etwa 7% der erwachsenen Bevölkerung und 7.4% der Minderjährigen vorkommt (Szucs et al., 1999).
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
	DATENLÜCKE
Messmethode:	Befragung und medizinische Untersuchung (internationaler Fragebogen ISAAC)
Verwendete Datenquelle:	SCARPOL (Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air pollution) Schweizer Studie über Atemwegsbeschwerden und Allergien bei Schulkindern
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	1'345 Kindergartenkinder, 1. Klässler, 4. Klässler und 8. Klässler D, F
Weitere Datenquellen:	SOPHYA (ISAAC-Fragebogen über Asthma)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	4 (1991 – 2002)
Frequenz der Erhebung:	Unregelmässig, keine Weiterführung ab 2002
Nächste Aktualisierung:	Keine

Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Möglich, jedoch kein Indikator des Global Monitoring Framework der WHO (GMF)
Limitierung:	SCARPOL wird nicht weitergeführt. Datenlücke ab 2002!
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. In der Erhebung SOPHYA (Erhebung 2015) ist der ISAAC-Fragebogen eingesetzt worden. Dieser Fragebogen ist ein Standardinstrument für das Erfassen von respiratorischen Beschwerden. Bei SOPHYA wurden die vier Fragen zu Asthma-Symptomen und Heuschnupfen übernommen. Diese Daten können als Alternative für den Indikator genutzt werden. Zwei kleinere Studien zu Asthma/Atemwegserkrankungen bei Kindern in der Schweiz, GABRIEL und LUKAS, liefern lediglich Resultate zu Subpopulationen und sind auch älteren Datums (GABRIEL: 2009). Die SGB liefert Befragungsdaten nach ärztl. Behandlung von Asthma/chronische Bronchitis/Emphysem, jedoch erst ab 15 Jahren.
Weiterführende Literatur:	Szucs T., Anderhub H. und Rutishauser M. (1999): The economic burden of asthma: direct and indirect costs in Switzerland. European Respiratory Journal, 13(2): 281-286.

5 Muskuloskelettale Erkrankungen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
5	Muskuloskelettale Erkrankungen ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	A) Anteil Personen ab 15 Jahren mit Rückenschmerzen B) Anteil Personen ab 15 Jahren mit Osteoporose C) Anteil Personen ab 15 Jahren mit Arthrose/Arthritis
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Beschreibung der Prävalenz von den verschiedenen muskuloskelettalen Erkrankungen. A) Bestimmung der Prävalenz mittels telefonischem Fragebogen der SGB: „Jetzt möchte ich von Ihnen wissen, wie in den letzten 4 Wochen Ihre Gesundheit gewesen ist. Ich lese Ihnen dazu verschiedene Beschwerden vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie das in den letzten 4 Wochen überhaupt nicht, ein bisschen oder stark gehabt haben: Rücken- oder Kreuzschmerzen. B) Bestimmung der Prävalenz mittels schriftlicher Befragung aus der SGB: „Sind Sie zurzeit oder waren Sie früher einmal in ärztlicher Behandlung wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? Falls Sie in den letzten 12 Monaten nicht wegen einer dieser Krankheiten in ärztlicher Behandlung waren, haben Sie trotzdem eine dieser Krankheiten in den letzten 12 Monaten gehabt? Antwortmöglichkeit: Osteoporose. Die Osteoporose-Häufigkeit kann auch via Anzahl von Hüftfrakturen pro Jahr und die Anzahl Hospitalisierungen aufgrund von Frakturen angenähert werden (Medizinische Statistik, bei Haupt-, Zusatz- und Nebendiagnosen: ICD-10-Code: M80-M82, Hüftfraktur: S720-S721). Es muss jedoch beachtet werden, dass die Dunkelziffer hier gross ist: viele Personen ohne Fraktur wissen gar nicht, dass sie Osteoporose haben. C) Bestimmung der Prävalenz mittels schriftlicher Befragung aus der SGB: „Sind Sie zurzeit oder waren Sie früher einmal in ärztlicher Behandlung wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? Falls Sie in den letzten 12 Monaten nicht wegen einer dieser Krankheiten in ärztlicher Behandlung waren, haben Sie trotzdem eine dieser Krankheiten in den letzten 12 Monaten gehabt? Arthrose/Arthritis.
Relevanz:	Rückenschmerzen/ Osteoporose/ Arthrose/ Arthritis führen oft zu mehr oder weniger starken Beeinträchtigungen und Behinderungen des beruflichen und privaten Lebens. Gemäss Schätzungen leiden etwas 25% der Bevölkerung in der Schweiz ab 20 Jahren an Rückenschmerzen und werden deswegen medizinisch behandelt (Wieser et al, 2011).
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Schriftliche und telefonische Befragung

Verwendete Datenquelle: • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Medizinische Statistik für Hospitalisierungen aufgrund Hüftfrakturen (Subindikator B)
Disaggregation:	Geschlecht (nach anderen Variablen evtl. kritisch wegen kleiner Stichprobe)
Anzahl Messpunkte:	Frage nach Krankheit: 1 (2012), Frage nach Behandlung: 2 (seit 2007)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	keine
Limitierung:	Datenlage nicht ausreichend, da lediglich befragte Angaben vorliegen (mit Ausnahmen Hüftfrakturen).
Bemerkung:	Subindikator B) (Osteoporose) liegt vor beim Obsan. Für die Subindikatoren A) und C) liegen keine Indikatoren vor. Pro Krankheit gibt es die Frage nach der Behandlung und nach dem Vorhandensein der Krankheit. Die Stichproben bei beiden Fragen sind bei der Osteoporose und bei der Arthrose eher klein (n=800-2000). Dies muss bei weiteren Disaggregationen beachtet werden.
Weiterführende Literatur:	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag (S. 108). Schwenkglenks, M et al. (2005): A model of osteoporosis impact in Switzerland 2000-2020. Osteoporosis International, 16(6): 659-671. Wieser S., et al. (2011): Cost of low back pain in Switzerland in 2005. The European Journal of Health Economics, 12(5): 455-467.

6 Multimorbidität 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
6	Multimorbidität ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil der Personen, welche eine Multimorbidität aufweisen ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Multimorbidität wird als das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten definiert. 12 chronische Krankheiten werden berücksichtigt (11 physische wie Herzkrankheiten, Schlaganfall, Diabetes, chronische Erkrankungen der Lunge, Osteoporose, Krebs, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür (Krebs), Parkinson'sche Krankheit, Grauer Star, Alzheimer/Demenz) und 1 psychische (Depression). Die diagnostizierten chronischen Krankheiten werden addiert und in vier Kategorien eingeteilt: keine chronische Krankheit, eine, zwei sowie drei oder mehr. Multimorbidität ist definiert als zwei oder mehr chronische Krankheiten. Dem Schweregrad der Erkrankung wird nicht Rechnung getragen. Die Fragestellung zu den chronischen Krankheiten lautet wie folgt: Hat Ihnen ein Arzt je gesagt, Sie litten/leiden derzeit unter einer der aufgeführten Krankheiten? Liste der 12 Krankheiten. Vgl. Bericht „Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren, Ergebnisse der Befragung SHARE“, Obsan Bulletin 4/2013. Ebenfalls aufgezeigt werden soll, die Zahl der chronischen Krankheiten nach Altersklassen für Personen ab 15 Jahren. Vgl. dazu Abb. 2 aus Bericht „Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren, Ergebnisse der Befragung SHARE“, Obsan Bulletin 4/2013 (lediglich für die 50+-Jährigen). Folgende Subindikatoren sind möglich: A) Multimorbidität ab 15 Jahren: Datenquelle SGB B) Multimorbidität ab 50 Jahren: Datenquelle SHARE
Relevanz:	Durch die Lebensbedingungen, den medizinischen Fortschritt und dem Anstieg der Lebenserwartung kommt es zu einer Zunahme der Häufigkeit chronischer Erkrankungen, insbesondere bei älteren Menschen. Häufig leiden Menschen nicht nur an einer Krankheit, sondern an mehreren. Es ist daher damit zu rechnen, dass Multimorbidität zukünftig stark zunehmen wird (Moreau-Gruet, 2013). Wie aus der Analyse der Todesursachen in der Schweiz hervorgeht, gibt es bei 11% der Todesfälle eine Diagnose, bei 24% zwei, bei 30% drei und bei 31% vier Diagnosen (Bundesamt für Statistik 2013). Fast ein Viertel der Personen in Alters- und Pflegeheimen haben fünf oder mehr Diagnosen. Multimorbidität steht in einem signifikanten Zusammenhang mit einem erhöhten Hospitalisierungsrisiko, höheren Behandlungskosten und einem Anstieg an verschriebenen Medikamenten. Sie ist daher im Hinblick auf die Versorgung und in Bezug auf die Kosten von nichtübertragbaren Erkrankungen relevant (Marengoni, Angleman et al. 2011).
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) SGB	B) SHARE
Messmethode:	Schriftliche und telefonische Befragung	Persönliche Befragung (CAPI)
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	3'761 50+ Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	SHARE	Todesursachenstatistik Bundesamt für Statistik BFS
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität (Disaggregation ev. eingeschränkt aufgrund kleiner Stichprobe)	Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, Gesamteinkommen des Haushalts, Anzahl Personen im Haushalt, Zivilstand, Nationalität, Erwerbssituation
Anzahl Messpunkte:	Frage nach Krankheit: 1 (2012), Frage nach Behandlung: 2 (seit 2007)	1 (2010/11)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Ca. alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017	2. Hälfte 2015
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Nicht im Rahmen des Global Monitoring Framework (GMF) der WHO, jedoch via Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	
Limitierung:	Die Schweiz hat an allen vier Wellen von SHARE teilgenommen. Die Stichprobe der vierten Welle setzt sich aus der Stichprobe der vorangehenden Wellen (1'000 Personen) ergänzt durch eine Zusatzstichprobe von 2'800 Personen zusammen (Total n=3'800).	
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Vorlage für den Indikator bildet der Bericht „Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren, Ergebnisse der Befragung SHARE“, Obsan Bulletin 4/2013. Die Berechnung via SGB ist möglich, allerdings sind die Aussagen zu den Personen 55+ weniger präzise als wenn die Daten aus SHARE benutzt werden. Da NCD aber auch bei jüngeren Personen vorkommen, macht es Sinn, beide Datenquellen zu nützen.	
Weiterführende Literatur:	Moreau-Gruet F. (2013): OBSAN Bulletin 4/2013. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Neuchâtel. Bopp M. & Holzer B. M. (2012). «[Prevalence of multimorbidity in Switzerland – definition and data sources].» Praxis (Bern 1994) 101(25): 1609–1613. Marengoni A., Angleman S., et al. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 10(4): 430–439.	

7 Lebenserwartung in guter Gesundheit 65+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
7	Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Durchschnittliche Zahl der zu erwartenden Lebensjahre in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Die Lebenserwartung in guter Gesundheit errechnet sich aus der Lebenserwartung und dem Anteil an Personen in einer bestimmten Altersklasse, die sich gesund fühlen. Das Konzept der Lebenserwartung in guter Gesundheit berücksichtigt neben der Lebensdauer auch die gesundheitliche Qualität der verbrachten Lebensjahre. Es wird somit die Lebenszeit gemessen, die ein Mensch voraussichtlich ohne funktionale Einschränkungen und Behinderungen leben kann. Je weniger Einschränkungen ein Mensch im Alter hat, desto länger kann er selbständig für sich sorgen und ist nicht oder weniger auf Hilfsangebote und Institutionen etc. angewiesen. Zur Berechnung der Lebenserwartung in guter Gesundheit wird die von Sullivan (1971) vorgeschlagene Methode verwendet. Hierfür werden folgende Datengrundlagen benötigt: ▪ Anzahl Todesfälle im entsprechenden Jahr (getrennt nach Alter und Geschlecht) ▪ Ständige Wohnbevölkerung im entsprechenden Jahr (getrennt nach Alter und Geschlecht) ▪ Prävalenz der Personen mit guter bis sehr guter Gesundheit im entsprechenden Jahr (getrennt nach Alter und Geschlecht)
Relevanz:	Unterschiede in der Lebenserwartung in guter Gesundheit können als Hinweis für ungleiche Lebensbedingungen gesehen werden (Lebensstil, soziale Lage, psychische Einflussfaktoren). Im Zeitraum von 15 Jahren hat die Lebenserwartung in guter Gesundheit zudem stärker zugenommen als die Lebenserwartung insgesamt. Dies dürfte mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft für die Planung der Gesundheitsversorgung in der Zukunft sehr wichtig sein. Im Hinblick auf die nationale Strategie für die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) ist gesundes Altern ein zentrales Thema.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 1: Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung aus verschiedenen Statistiken des BFS
Verwendete Datenquelle:	BEVNAT, STATPOP, SILC (SGB : nur alle 5 Jahre)
• Stichprobengrösse	Mind. 20'000
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren
• Sprachregionen	D, F, I
Weitere Datenquellen:	Eurostat macht bereits Berechnungen, die international vergleichbar sind, die genaue Methodik ist jedoch nicht bekannt.

Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Einkommen/Bildung, Stadt/Land, Grossregionen und gewisse Kantone
Anzahl Messpunkte:	5 (2008-2012)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Der Indikator, allerdings ab Geburt, wird in folgendem Indikatorenset der nachhaltigen Entwicklung verwendet: 'The Wellbeing of Nations' (Health Index) und 'Quality of Life Counts' in Grossbritannien. Er wird ebenfalls im Indikatorenset der nachhaltigen Entwicklung von Eurostat verwendet (Healthy life years).
Limitierung:	Der Indikator reagiert sehr empfindlich auf methodische Veränderungen, selbst auf sehr geringfügige.
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim BFS und beim Obsan. Aus Expertensicht wird angeführt, dass Eurostat den Indikator auf der Basis der SILC (EU-SILC-Daten) berechnet. Die genaue Methodik ist jedoch nicht bekannt. Es wird daher vorgeschlagen, die Daten direkt aus den Originaldaten zu berechnen wie es vom BFS bereits gemacht wird. Um möglichst häufig eine Aktualisierung des Indikators durchführen zu können, wird die SILC statt SGB als Quelle für den Gesundheitszustand vorgeschlagen. Aufgrund der Manifestation von NCD-Erkrankungen oft vor dem 65. Lebensjahr, könnte es sinnvoll sein, die Altersgrenze bei 50 Jahren zu setzen statt bei 65 Jahren. BEVNAT: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegungen (Todesfälle) STATPOP: vor 2011 hiess sie ESPOP: Synthesestatistik und Statistik der Bevölkerung und Haushalte (BEVNAT inkl.).
Weiterführende Literatur:	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag (S. 98).

Sullivan, D.F. (1971). A single index of mortality and morbidity, HSMHA Health Reports, Vol. 86 (4), 347-354.

BFS, Integration – Indikatoren. Familie und Demografie. Lebenserwartung in guter Gesundheit.

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43035.430105.html?open=4301,429,438&close=429>

8 Kosten des Gesundheitswesens

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
8	Kosten des Gesundheitswesens
Vollständige Bezeichnung: Kosten im Gesundheitswesen pro Jahr	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Kosten und Finanzierung im Gesundheitswesen pro Jahr des sämtlichen verfügbaren Zahlenmaterials zur Schätzung der Geldströme, welche mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres verbunden sind. Um den Leitindikator spezifischer nach NCDs und Erkrankungen auszurichten, könnten als Option lediglich die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berücksichtigt werden.
Relevanz:	Die Dämpfung der Kosten ist ein wichtiges Ziel der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 wie auch der NCD-Strategie. Das Gesundheitssystem soll für jedermann bezahlbar und zugänglich bleiben.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 2: Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Synthese aus sämtlichem verfügbarem Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme, welche mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres verbunden sind.
Verwendete Datenquelle:	Statistik BFS Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- - -
Weitere Datenquellen:	Kosten der OKP (Angaben beim BAG erhältlich, Sektion Datenmanagement und Statistik)
Disaggregation:	Kosten nach Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ambulante Versorger, Sozialmedizinische Institutionen), Kosten nach Leistungen (Stationäre Behandlung, ambulante Behandlung, Verkauf Gesundheitsgüter), Finanzierung nach Finanzierungsregimes (Sozialversicherungen, andere Regime/berufsabhängige Sozialleistungen, Private Haushalte, Staat), Kosten nach Alter und Geschlecht, Finanzierung des Staates und der OKP nach Kantonen und Gemeinden
Anzahl Messpunkte:	Seit 1995 bis 2013 (19 Messpunkte)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	Jährlich mit einer rund zweijährigen Verspätung (also 2016 für 2014)

Bemerkungen zum Indikator

**Internationale
Vergleichbarkeit:**

Stützt sich auf die internationale OECD-Methode der Gesundheitskosten.

Limitierung:

-

Bemerkung:

Indikator liegt vor beim BFS.

Der Indikator ist bewusst als „Kosten des Gesundheitswesens inkl. Unfallkosten“ definiert, weil dies gemäss Experten der Methode der OECD entspricht. Die Heilungskosten (gesundheitsbezogene Kosten der UVG) werden gemäss OECD mitberücksichtigt.

Die Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS stellt eine Synthese dar aus sämtlichem verfügbaren Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme welche mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres verbunden sind. Sie kann somit erst erstellt werden, wenn sämtliche statistischen Primärdaten verfügbar sind, insbesondere jene der Sozialversicherungen und der öffentlichen Finanzen. Dadurch lassen sich die definitiven Zahlen erst mit einer rund zweijährigen Verspätung veröffentlichen.

Weiterführende Literatur:

Indikatoren des BFS:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.html>

Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030 : Bericht, um die Höhe der Gesundheitskosten mittelfristig abzuschätzen und dadurch Angaben über die künftige finanzielle Tragbarkeit des Gesundheitswesens zu erhalten:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=2930>

9.1 – 9.8 Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
9.1 – 9.8	Volkswirtschaftliche Kosten durch NCDs
Vollständige Bezeichnung:	9.1 Direkte und indirekte Kosten durch NCDs 9.2 Direkte und indirekte Kosten durch HerzKreislauf-Erkrankungen (ICD-10 I00-I99) inkl. Hirnschlag (ICD-10-Codes: I60–I64) 9.3 Direkte und indirekte Kosten durch Krebs-Erkrankungen (C00-C97) 9.4 Direkte und indirekte Kosten durch Diabetes-Erkrankungen (E10-E14) 9.5 Direkte und indirekte Kosten durch Atemwegs-Erkrankungen (J30-J98) 9.6 Direkte und indirekte Kosten durch muskuloskelettale Erkrankungen 9.7 Direkte und indirekte Kosten durch psychische Erkrankungen 9.8 Direkte und indirekte Kosten durch Demenz-Erkrankung
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Berechnung/Schätzung der Kosten in CHF, d.h. der direkten und indirekten Kosten, die durch die sieben folgenden ausgewählten NCD-Erkrankungen entstehen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen/ Hirnschlag, Krebs, Diabetes, Atemwegs-Erkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Demenz. Die direkten medizinischen Kosten sind definiert als Kosten, die entstehen durch die Behandlung einer Krankheit, z.B. durch Medikamente, Krankenhausaufenthalte, ambulante ärztliche sowie pflegerische Leistungen. Die indirekten Kosten beziehen sich auf Aspekte des Produktivitätsverlustes wie krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit, vorzeitige Pensionierung, vorzeitiger Tod und informelle Pflege.
Relevanz:	NCDs sind für 80% der direkten Gesundheitskosten verantwortlich. Die Dämpfung der Kosten ist somit ein wichtiges Ziel der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 wie auch der NCD-Strategie. Das Gesundheitssystem soll für jedermann bezahlbar und zugänglich bleiben.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 2: Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator (9.1), Zusatzindikator (9.2 – 9.8)
Ebenenordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung der Kosten
Verwendete Datenquelle:	SGB, Todesursachenstatistik, medizinische Statistik, weitere
• Stichprobengrösse	-
• Altersgruppen	-
• Sprachregionen	-
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Abzuklären für Alter, Geschlecht, etc. (vgl. Kommentar bei Bemerkungen)
Anzahl Messpunkte:	1 (2011)
Frequenz der Erhebung:	Offen
Nächste Aktualisierung:	Offen

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

OECD Statistik

Limitierung:

Existierende Limitierungen bei der Verteilung der Kosten auf die einzelnen Krankheiten können der Studie von Wieser et al., 2014 entnommen werden.

Bemerkung:

Indikator liegt nicht vor.

Für die Replikation der Berechnungen von Wieser et al. (2014) muss eine automatisierte Lösung gefunden werden. Entsprechende Zeit für die Entwicklung muss reserviert werden. Hier bräuchte es für künftige Berechnungen ein Mandat. Eine Vereinfachung der Berechnung ist gemäss Experten nicht möglich, da das Model von Wieser et al. bereits eine vereinfachte Form ist. Eine Automatisierung der Berechnung müsste daher angestrebt werden. Zu klären wäre auch die Disaggregation (Geschlecht, Alter, etc.).

Weiterführende Literatur:

Wieser et. al. (2014): Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz, Schlussbericht 16. Juni 2014.

10.1 – 10.6

Verlorene Lebensjahre durch NCD

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
10.1 -10.6	Verlorene potentielle Lebensjahre durch NCD (PYLL oder VPL)
Vollständige Bezeichnung:	10.1 Verlorene potentielle Lebensjahre zwischen dem 1. und 70. Lebensjahr durch NCDs (Rate pro 100'000 Einwohner/innen) 10.2 Verlorene potentielle Lebensjahre durch HerzKreislauf-Erkrankung (ICD-10 I00- I99) 10.3 Verlorene potentielle Lebensjahre durch Krebs-Erkrankungen (C00-C97) 10.4 Verlorene potentielle Lebensjahre durch Diabetes-Erkrankungen (E10-E14) 10.5 Verlorene potentielle Lebensjahre durch Atemwegs-Erkrankung (J30-J98) 10.6 Verlorene potentielle Lebensjahre durch Leberzirrhose (K70 und K74)
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Die Angabe der verlorenen potenziellen Lebensjahre zeigen auf, wie lange eine Person noch zusätzlich gelebt hätte, wenn sie nicht vorzeitig vor dem vollendeten 70. Altersjahr aufgrund einer nichtübertragbaren Krankheit (NCD) gestorben wäre. Als vorzeitiger Tod wird ein Tod bezeichnet, welcher vor der durchschnittlichen Lebenserwartung in der Schweiz eintritt. Berechnungsgrundlage bildet die Summe aller Differenzen zwischen dem Todesalter der einzelnen Verstorbenen und einem definitorisch festgelegten Referenzalter von 70 Jahren. Um die Effekte der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung im Laufe der Zeit zu kompensieren, wird die statistische Masszahl als altersstandardisierte Rate pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner berechnet. Verlorene potentielle Lebensjahre (VPL) sind eine international weit verbreitete Kennzahl (englisch: Potential Years of Life Lost PYLL). Das Bundesamt für Statistik (BFS) bezeichnet die VPL als „vorzeitige Todesfälle“. Der Indikator „Verlorene potenzielle Lebensjahre“ wird vom BFS für die Lebensphase zwischen dem 1. und 70. Lebensjahr berechnet, vom Obsan für die Lebensphase zwischen dem 1. und 75 Lebensjahr. Eine Anpassung der Altersschwelle von 70 oder 75 Jahren auf 92 Jahre sollte gemäss Experten diskutiert werden.
Relevanz:	Die nationale Strategie für die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten (NCD-Strategie) hat als oberstes Ziel die Bekämpfung von häufigen und chronischen Krankheiten wie HerzKreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Atemwegs-Erkrankungen und muskuloskelettale Erkrankungen. Dadurch kann die Krankheitslast in der Bevölkerung und vorzeitige Todesfälle vermieden werden. Die Angabe der VPL erlaubt eine direkte und quantifizierbare Aussage über den Impact der Strategie.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator (10.1), Zusatzindikator (10.2 – 10.6)
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung siehe oben
Verwendete Datenquelle:	Todesursachenstatistik

• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	National
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	Seit 1970
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	Jährlich
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Global Health Observatory der WHO
Limitierung:	Für muskuloskelettale Krankheiten (ICD-10-Code M00-M99) sind die Daten vernachlässigbar.
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim BFS (Altersgrenze 70 Jahre) und beim Obsan (Altersgrenze 75 Jahre). Auf der Basis der VPL (PYLL) können unter Berücksichtigung des Schweregrads der Einschränkung (Years lived with disability) die DALYs berechnet werden. DALYs geben Auskunft über die Krankheitslast in der Schweiz aufgrund von NCD. WHO hat dazu erste Berechnung vorgenommen. Berechnung der YLDs (Years lived with disability) sind jedoch kompliziert und müssten für Schweiz detailliert vorgenommen werden. Es sollte diskutiert werden statt der Altersschwelle von 70 (BFS) oder 75 (Obsan) Jahren eine Altersschwelle von ca. 92 Jahren zu wählen gemäss dem Konzept von Years of Life Lost aus Global Health Observatory der WHO. Rein rechnerisch ist die Anpassung der Altersgrenze von 75 (Obsan) auf 70 für die WHO gut machbar gemäss Experten des Obsan.
Weiterführende Literatur:	Global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013; Lancet, Published online June 8, 2015.

Indikator Verlorene potentielle Lebensjahre beim BFS (Todesfälle unter 70 Jahre):

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html>

Indikator Verlorene potentielle Lebensjahre beim Obsan (Todesfälle unter 75 Jahre):

<http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/verlorene-potenzielle-lebensjahre>

11 Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund NCD

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
11	Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund NCD
Vollständige Bezeichnung:	Wahrscheinlichkeit für einen Todesfall zwischen 30 und 70 Jahren aufgrund einer NCD: Herz-Kreislauf-Erkrankung (ICD-10 I00-I99), Krebs (C00-C97), Diabetes (E10-E14) oder Atemwegs-Erkrankung (J30-J98)
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Berechnete unbedingte Wahrscheinlichkeit für einen Todesfall zwischen 30 und 70 Jahren an einer von den vier Krankheiten: Herz-Kreislauserkrankung (ICD-10 I00-I99), Krebs (C00-C97), Diabetes (E10-E14) oder Atemwegserkrankung (J30-J98). Die altersspezifischen Sterberaten (in 5-Jahres-Altersgruppen zusammengefasst, für die Alter 30 – 70 Jahren) basieren auf Daten der Todesursachenstatistik des BFS. Alterseinschränkung von 30 bis 70 Jahren ist wie folgt zu begründen: - Ab 30 Jahren beginnen Todesfälle aufgrund von NCDs zuzunehmen - Bis zum Alter von 70 Jahren kann ein Todesfall als „vorzeitig“ bezeichnet werden - Ab 70 Jahren werden Todesursachen-Zuordnungen schwieriger aufgrund von Comorbiditäten Vorzeitige Todesfälle werden im Global Monitoring Framework (GMF) als „premature mortality from noncommunicable disease“ bezeichnet: GMF-Nr. 1.
Relevanz:	Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) wie Herz-Kreislauserkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs- und Atemwegserkrankungen sind die häufigsten Todesursachen. Gemäss Schätzungen der WHO sind sie in der Schweiz für insgesamt 91% aller Todesfälle verantwortlich (Country Profil Switzerland 2014).
Bezug zur Strategie:	ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung unbedingter Wahrscheinlichkeit
Verwendete Datenquelle:	Todesursachenstatistik des BFS
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- 30-70 Jährige D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	Seit 1995
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

Global Monitoring Framework der WHO (GMF) Nr. 1

Limitierung:

-

Bemerkung:

Indikator liegt nicht vor.

Die Anzahl von Todesfälle durch die einzelnen NCDs unter 70 Jahren (in Tausenderschritten und dargestellt über die zeitliche Entwicklung) wird von der WHO im Country Profil als Grafik angegeben (Zahlen für Berechnung notwendig). In der Schweiz wird diese Berechnung nicht standardmässig durchgeführt (kein Indikator bei BFS oder Obsan vorliegend).

WHO schlägt für Umfang der Atemwegserkrankung grössere Krankheitsgruppe vor als für NCD relevant ist: J30-J98 statt J40-J47.

Weiterführende Literatur:

Link zu WHO NCD Country Profil: http://www.who.int/nmh/countries/che_en.pdf?ua=1

12.1 Alkoholbedingte Mortalität

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
12.1	Alkoholbedingte Mortalität
Vollständige Bezeichnung:	Anzahl der Todesfälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl der Todesfälle, die auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen Folgende Informationen werden für die Berechnung des Indikators benötigt: 1. Prävalenz des Risikofaktors Alkoholkonsum. Diese Information kommt aus dem Suchtmonitoring/ SGB oder spezifischeren Erhebungen (z.B. durch die Eidg. Alkoholverwaltung). 2. Relative Risiken. Aus Literatur (muss weniger häufig angepasst werden als Punkt 1 und 3) 3. Anzahl Todesfälle nach Todesursache in Gesamtbevölkerung. Aus Todesursachenstatistik des BFS. In der Schweiz besteht grundsätzlich die benötigte Dateninfrastruktur. Diese Berechnung wurde in einer Studie im Auftrag des BAG 2013 durchgeführt.
Relevanz:	Alkohol ist eine wichtige Ursache nichtübertragbarer Krankheiten und Unfälle. Dies hat vorzeitige Todesfälle zur Folge. Die Anzahl dieser Fälle ist ein wichtiger Indikator für das Ausmass des gesundheitlichen Schadens, und der gesellschaftlichen Last, welche der Alkoholkonsum verursacht.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Errechnung aus Daten zum Alkoholkonsum, des Einflusses des Konsum auf Krankheitsentstehung (risk relations), und Daten zu Krankheiten und Todesfallursachen
Verwendete Datenquelle:	Studie Gmel et al. 2013. Daten von EAV, BFS, Suchtmonitoring (in Zukunft sollte der Gebrauch von SGB-Daten laut Experten möglich sein)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- Ab 15 Jahren -
Weitere Datenquellen:	SGB anstelle SUMO möglich für Berechnung
Disaggregation:	-
Anzahl Messpunkte:	4 (in Studie 2013 wurden Daten für Jahre 1997, 2002, 2007, 2011 ausgewertet)
Frequenz der Erhebung:	Keine weitere bisher geplant.
Nächste Aktualisierung:	Bisher keine geplant, kann jedoch jederzeit wiederholt werden.

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

Sucht-Indikatoren-System: 31.1.

Methodik sollte internationaler Vergleichbarkeit ermöglichen.

Limitierung:

-

Bemerkung:

Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring.

Für zukünftige Berechnungen ist ein Mandat notwendig.

Bei der Berechnung der Mortalitätsrate muss die Altersstandardisierung berücksichtigt werden.

Ca. alle 5 Jahre ist eine Berechnung wünschenswert.

Weiterführende Literatur:

Studie, alkoholbedingte Mortalität von Marmet et al, 2013:

<http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/alkohol/folgen/sterblichkeit/>

12.2 Tabakbedingte Mortalität

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
12.2	Tabakbedingte Mortalität
Vollständige Bezeichnung:	Anzahl der Todesfälle, die auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anzahl der Todesfälle, die auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr, a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen. Gemäss CDC¹ werden Geschlechts- und Altersspezifische Todesfälle berechnet, indem die totale Anzahl Todesfälle für 19 Erwachsenen- und 4 Kinder-Krankheitskategorien mit den geschätzten „smoking-attributable fractions“ (SAF) multipliziert werden. Dafür sind folgende Informationen notwendig: Folgende Informationen werden für die Berechnung des Indikators benötigt: 1. Prävalenz des Risikofaktors Tabakkonsum. Diese Information kommt aus dem Suchtmonitoring (bis 2016), danach wahrscheinlich aus der SGB. 2. Relative Risiken. Aus Literatur. 3. Anzahl Todesfälle nach Todesursache in Gesamtbevölkerung. Aus Todesursachenstatistik.
Relevanz:	Mit über 1,7 Million Raucherinnen und Rauchern gehört der Tabakkonsum in der Schweiz zu einem der grössten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Tabak als wichtigster Risikofaktor für chronisch nicht übertragbare Krankheiten trägt wesentlich zur globalen Krankheitslast (Burden of Disease) bei. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehr als 9'000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Das sind rund 25 Todesfälle pro Tag. Die Anzahl dieser Fälle ist ein wichtiger Indikator für das Ausmass des gesundheitlichen Schadens welche der Tabakkonsum verursacht.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Errechnung aus Daten zum Tabakkonsum, des Einflusses des Konsums auf Krankheitsentstehung (risk relations), und Daten zu Krankheiten und Todesfallursachen. Die Zahl der Todesfälle wird mit der Methode von SAMMEC von CDC geschätzt.
Verwendete Datenquelle:	Statistik der Todesursachen, SGB/ Suchtmonitoring, Literatur
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- Ab 15 Jahren -

¹ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5745a3.htm#tab>

Weitere Datenquellen:	SGB anstelle SUMO möglich für Berechnung
Disaggregation:	-
Anzahl Messpunkte:	0
Frequenz der Erhebung:	Offen
Nächste Aktualisierung:	2015 (Schätzung)
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System: 31.2
Limitierung:	Hier bräuchte es ein Mandat für die Berechnung, da ein Teil für Berechnung aktuell nicht vorliegt.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Erhebung wünschenswert alle 5 Jahre. Der Bericht ist nicht institutionalisiert bei BAG und neues Mandat ist notwendig.
Weiterführende Literatur:	-

12.3 Ernährungsbedingte Mortalität

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
12.3	Ernährungsbedingte Mortalität
Vollständige Bezeichnung:	Anzahl der Todesfälle, die auf unausgewogene Ernährung zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Berechnung des Anteils der durch unausgewogenen Ernährung verursachten Todesfälle an den Gesamt-Todesfällen. Folgende Informationen werden für die Berechnung des Indikators benötigt: 1. Prävalenz des Risikofaktors Ernährung. Möglicherweise aus der SGB. 2. Relative Risiken. Aus Literatur. 3. Anzahl Todesfälle nach Todesursache in Gesamtbevölkerung. Aus Todesursachenstatistik. Gemäss Experten ist es sehr schwierig oder gar unmöglich, diesen Indikator zu berechnen. Es sind mehrere Fragen offen, die geklärt werden müssen, bevor eine Berechnung überhaupt ins Auge gefasst werden kann: - Wie wird unausgewogene Ernährung definiert? Welche Prävalenz-Daten sollen beigezogen werden (Salzkonsum, Früchte- und Gemüsekonsum, etc.)? - Gibt es genügend Literatur zu den relativen Risiken? - Welche Krankheiten/Todesursachen können klar mit unausgewogener Ernährung in Verbindung gebracht werden? Es werden von den Experten Zweifel geäussert, ob es gelingen kann, einen solchen Indikator methodisch überzeugend zu entwickeln und zu berechnen. Es wird vorgeschlagen, den Indikator wegzulassen und sich auf die adipositasbedingte Mortalität (Indikator 12.5) zu beschränken.
Relevanz:	Ungesunde Ernährung ist ein wichtiger Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ II und verschiedene Krebsarten. Eine gesundheitsförderliche Ernährungsweise orientiert sich an den Ernährungsempfehlungen mit beispielsweise hohem Früchte- und Gemüsekonsum, häufigem Trinken von ungesüssten Getränken, sparsamem Konsum von Fetten und Süssigkeiten.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	DATENLÜCKE
Verwendete Datenquelle:	
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	

Weitere Datenquellen: Disaggregation: Anzahl Messpunkte: Frequenz der Erhebung: Nächste Aktualisierung:	
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	Noch keine Berechnungen vorhanden und gemäss Experten sehr schwierig oder gar unmöglich. Die Kriterien für die Ernährungsfaktoren sind nicht einfach zu definieren.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Hier bräuchte es ein Mandat für die Berechnung, da ein Teil für Berechnung aktuell nicht vorliegt, wie auch weitere Abklärungen, ob diese Berechnung sinnvoll ist, aufgrund der vielen Unsicherheiten.
Weiterführende Literatur:	-

12.4 Inaktivitätsbedingte Mortalität

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
12.4	Inaktivitätsbedingte Mortalität
Vollständige Bezeichnung: Anzahl der Todesfälle, die auf Inaktivität zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Berechnung des Anteils der durch Inaktivität verursachten Todesfälle an den Gesamt-Todesfällen. Als körperlich inaktiv gilt dabei, wer folgende aktuelle Bewegungsempfehlungen <i>nicht</i> erfüllt: Mindestens 2.5 Stunden körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität pro Woche oder 1.25 Stunden Sport mit hoher Intensität pro Woche. Folgende Informationen werden für die Berechnung des Indikators benötigt: 1. Prävalenz des Risikofaktors (körperliche Inaktivität,...). Diese Information kommt aus der SGB. 2. Relative Risiken. Aus Literatur. 3. Anzahl Todesfälle nach Todesursache in Gesamtbevölkerung. Aus Todesursachenstatistik. Detaillierte Berechnungsmethode siehe Wieser et al. 2014.
Relevanz:	Inaktivität ist ein relevanter Risikofaktor für nichtübertragbare Erkrankungen. Sport und körperliche Aktivität haben eine präventive Wirkung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, können der Entwicklung von Diabetes, Rückenschmerzen, Brust- und Darmkrebs entgegenwirken und verbessern deutlich die Stimmung und die Lebensqualität. Zudem verhindert die körperliche Inaktivität während der Freizeit die Möglichkeit zur sozialen Integration.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung
Verwendete Datenquelle:	Todesursachenstatistik, SGB, Literatur
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- - D, F, I
Weitere Datenquellen:	Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Wiesner et al.
Disaggregation:	Anteil der Todesfälle durch Inaktivität an Gesamttodesfällen einzelner nichtübertragbarer Krankheiten.
Anzahl Messpunkte:	1
Frequenz der Erhebung:	-
Nächste Aktualisierung:	-

Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Hier bräuchte es ein Mandat für die Berechnung, da ein Teil für Berechnung aktuell nicht vorliegt.
Weiterführende Literatur:	Wieser und Mattli. 2014, Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz.

Wiesner et. al. 2014, Berechnung des Anteils der durch Inaktivität verursachten Todesfälle an den Gesamt-Todesfällen:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05192/05943/index.html?lang=de

12.5 Adipositasbedingte Mortalität

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
12.5	Adipositasbedingte Mortalität
Vollständige Bezeichnung: Anzahl der Todesfälle, die auf Adipositas zurückzuführen sind, in der Schweiz pro Jahr: a) absolute Anzahl, b) pro 100'000 Einwohner/innen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Berechnung des Anteils der durch Adipositas verursachten Todesfälle an den Gesamt-Todesfällen. Adipositas stellt eine Form von starkem Übergewicht dar, bei der Gesundheitsschädigungen aufgrund eines zu hohen Fettanteils auftreten können. Übergewicht und Adipositas werden oftmals mit dem Body Mass Index (BMI) bestimmt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schreibt dem Bewegungsmangel und einer zu energiereichen Ernährung mit zu geringem Gemüse- und Früchtekonsum den nachhaltigsten Einfluss auf die Entstehung von Übergewicht und Adipositas zu. Folgende Informationen werden für die Berechnung des Indikators benötigt: 1. Prävalenz des Risikofaktors Adipositas. Diese Information kommt aus der SGB 2. Relative Risiken. Aus Literatur. 3. Anzahl Todesfälle nach Todesursache in Gesamtbevölkerung. Aus Todesursachenstatistik.
Relevanz:	Adipositas zählt zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes mellitus Typ II, muskuloskelettale Erkrankungen sowie bestimmte Krebsarten. Aufgrund dessen ist auch die Lebenserwartung von Personen mit Adipositas geringer als von Normalgewichtigen.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 3: Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung
Verwendete Datenquelle:	Todesursachenstatistik, SGB, Literatur
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- - D, F, I
Weitere Datenquellen:	Cost of Obesity in Switzerland in 2012, Heinz Schneider & Werner Venetz, 2014
Disaggregation:	Anteil der Todesfälle durch Inaktivität an Gesamttodesfällen einzelner nichtübertragbarer Krankheiten
Anzahl Messpunkte:	1 (2014)
Frequenz der Erhebung:	-
Nächste Aktualisierung:	-

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

-

Limitierung:

Ein Teil der Berechnung fehlt.

Bemerkung:

Indikator liegt nicht vor.

Hier bräuchte es ein Mandat für die Berechnung, da ein Teil für Berechnung aktuell nicht vorliegt.

Weiterführende Literatur:

Cost of Obesity in Switzerland in 2012, Heinz Schneider & Werner Venetz, 2014:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05192/05943/index.html?lang=de

13 Invalidität aufgrund Krankheit 18-64 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
13	Invalidität aufgrund Krankheit bei 18-64-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anteil Personen zwischen 18 und 64 Jahren mit IV-Bezug aufgrund Krankheit	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Der Bezug der Invalidenrente wird zugesprochen, wenn es zur „voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden ganzen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit“ kommt bei Personen zwischen 18 und 65 Jahren. Es wird zwischen folgenden Invaliditätsursachen unterschieden: Geburtsgebrechen, Krankheiten (psychische Krankheit, Nervensystem, Knochen- und Bewegungsorgane und andere Krankheiten) und Unfall. Inhalt des Indikators ist die Berechnung des vorzeitigen Abgangs aus der Arbeitswelt aufgrund von IV-Bezug mit Invaliditätsursache „Krankheit“. Von „Krankheit“ als IV-Ursache abgrenzen lassen sich die beiden Ursachen „Geburtsgebrechen“ und „Unfall“. Die Ursache „Krankheit“ soll nach den vier Kategorien (psychische Krankheit, Nervensystem, Knochen- und Bewegungsorgane und andere Krankheiten) aufgeschlüsselt werden. Nichtübertragbare Krankheiten könnten sehr grob mittels folgenden Invaliditätsursachen angenähert werden: „Knochen/Bewegungsorgane“ und „andere Krankheiten“. Die ordentlichen Neurenten könnten als Variable dienen. Siehe Beispiel: Ordentliche Neurenten nach Wirtschaftsbranche: IV-Statistik 2014 Grafik 7.3.4
Relevanz:	Erkrankungen der Knochen- und Bewegungsorgane sowie anderer nichtübertragbare Krankheiten können zu einem verfrühten Ausscheiden aus der Arbeitswelt führen. Damit verbunden sind Kosten auf staatlicher, wirtschaftlicher und privater Ebene sowie im Bereich des Gesundheitssystems.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 4: Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Erfassung Invalidität und Definition Ursache
Verwendete Datenquelle:	IV-Statistik BSV
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- 18 – 64 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-

Disaggregation:	Hauptgruppen: Geburtsgebrechen, Krankheiten, Unfall. Aufteilung der Krankheiten in psychische Erkrankungen, Nervensystem, Knochen-/Bewegungsorgane und andere Krankheiten. Geschlecht, Alter, Invaliditätsgrad
Anzahl Messpunkte:	2000-2014
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) sind nicht separat aufgeführt als Invaliditätsursache. NCD-Erkrankung als Grund kann lediglich sehr grob angenähert werden mittels Kategorien „Knochen/Bewegungsorgane“ und „andere Krankheiten“. Experten empfehlen jedoch, die gesamte Kategorie „IV-Ursache aufgrund Krankheit“ für NCD-Annäherung zu verwenden.
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Gesundheitsförderung Schweiz.
Weiterführende Literatur:	IV-Statistik BSV Bundesamt für Sozialversicherungen Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 2, Monitoring zur psychischen Gesundheit mit Fokus „ältere Menschen“ und „Stress am Arbeitsplatz“, Okt. 14, Indikator 3.10 Invalidität.

<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=de>

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_002_GFCH_2014-10_-_Monitoring_psychische_Gesundheit.pdf

14 Erwerbsquote 15-64 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
14	Erwerbsquote bei 15-64-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anteil Personen zwischen 15 und 64 Jahren, welche sich am Arbeitsmarkt beteiligen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Die Erwerbsquote misst den Anteil der Bevölkerung, der sich am Arbeitsmarkt beteiligt. Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung SAKE unterscheidet zwischen: • Der Bruttoerwerbsquote, die Erwerbsquote gemessen an der Gesamtbevölkerung, • der standardisierten Erwerbsquote, gemessen an der Bevölkerung ab 15 Jahren und • der Nettoerwerbsquote (gemessen an der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren) Das BFS verwendet für Ihre Messungen die standardisierte Erwerbsquote.
Relevanz:	Die Beteiligung am Arbeitsmarkt ist ein Indikator für die wirtschaftliche (und soziale) Teilhabe an der Gesellschaft und kann sowohl negativen als auch positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 4: Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Gesellschaft
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 35'000, die mehrmals pro Jahr befragt werden (126'000 Interviews / Jahr) Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Internationale Arbeitsorganisation (ILO)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität, Familientyp
Anzahl Messpunkte:	Mehr als 20 (seit 1991)
Frequenz der Erhebung:	seit 2010 vierteljährlich (1991 bis 2009 jährlich)
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Internationale Arbeitsorganisation (ILO), internationale Vergleichbarkeit der Daten möglich
Limitierung:	Die Datenbank wurde 2010 aktualisiert.
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim BFS.
Weiterführende Literatur:	«Schweizerische Arbeitskräfteerhebung und abgeleitete Statistiken» des BFS (vierteljährliche Publikation).

Weiterführende Links:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/key/erwerbsquote.html>

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/key/einleitung.html>

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/data/03.html>

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/enquete_suisse_sur/uebersicht.html (SAKE_Steckbrief)

Link für Benutzer/innen (Formular und Bedingungen)

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/experts/espa.html?CFC_cK=1336572365885

Link zu ILO

<http://www.ilo.org/berlin/lang--de/index.htm>

15 Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit 15-64 J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
15	Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit bei 15 – 64-Jährigen	
Vollständige Bezeichnung: Anzahl krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheiten von erwerbstätigen Personen zwischen 15 – 64 Jahren im letzten Jahr		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Erfassung der krankheitsbedingten Arbeitsabwesenheit in Arbeitsstunden pro Jahr (jährliches Absenzvolumen) bei Erwerbstätigen im Alter von 15 - 64 Jahren.	
Relevanz:	Gesunde Arbeitnehmende sind sowohl für die Wirtschaft, wie auch mit Hinblick auf die Kosten, die durch die Erkrankungen entstehen relevant. Sie sind wirtschaftlich gesehen produktiver und reduzieren die Gesundheitskosten. Krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheiten führen zu wirtschaftlich relevanten Produktivitätseinbussen.	
Bezug zur Strategie:	ÜZ 4: Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Erfassung krankheitsbedingter Abwesenheitstage	Erfassung krankheitsbedingter Abwesenheitstage
Verwendete Datenquelle:	Arbeitsvolumenstatistik, die ihre Daten aus der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) und dem Zentralen Migrationsinformationssystem bezieht	European Working Conditions Survey (EWCS)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 7000 Millionen Stunden 16-65 Jahre (Erwerbstätige) D, F, I	1'000 16-65 Jahre (Erwerbstätige) D, F, I
Weitere Datenquellen:	Job-Stress-Index-Erhebung (Work Productivity and Activity Impairment-Fragebogen), SGB (Absenzen, Arbeitsstress)	Job-Stress-Index-Erhebung (Work Productivity and Activity Impairment-Fragebogen) , SGB (Absenzen, Arbeitsstress)
Disaggregation:	-	Nach Krankheit (und gesundheitliche Gründe) und Unfälle
Anzahl Messpunkte:	In Standardtabellen des BFS ab 2002, evtl. schon frühere Daten vorhanden	2 (2005, 2010)

Frequenz der Erhebung:	Jährlich (Erhebung quartalsmässig)	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2015
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Nicht im Global Monitoring Framework der WHO (GMF), aber via European Working Conditions Survey (EWCS).	
Limitierung:	In der SAKE können Krankheit und Unfall nicht separat ausgewiesen werden. Gemäss Expertenaussagen ist die Unterteilung in Krankheit und Unfall jedoch eine irrelevante Trennung und es wird vorgeschlagen die Arbeitsabwesenheit gesamthaft (Unfall und Krankheit) als Indikator zu verwenden.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Gesundheitsförderung Schweiz. Expertenvorschlag: Arbeitsabwesenheit gesamthaft (Unfall und Krankheit) als Indikator zu verwenden (vgl. oben). Indikator-Vorschlag aus: <i>Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay off. An Insight Report from the World Economic Forum's "Future of Healthy" project, January 2015.</i> Bei Indikator 34.2 "Ökonomisches Potential" werden die krankheitsbedingten Arbeitsausfälle auch erfasst mittels Job-Stress-Index-Erhebung (Work Productivity and Activity Impairment-Fragebogen). Als Ergänzung zur Betrachtung der Absenzen am Arbeitsplatz aufgrund gesundheitlicher Probleme kann auch der Präsentismus berücksichtigt werden. Präsentismus ist definiert als Phänomen, dass Arbeitnehmende trotz Erkrankung und mit reduzierter Leistungsfähigkeit arbeiten gehen. Vgl. dazu Indikator 3.9 von Arbeitspapier 2 „Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus „ältere Menschen“ und „Stress am Arbeitsplatz“ von Gesundheitsförderung Schweiz.	
Weiterführende Literatur:	Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 2, Monitoring zur psychischen Gesundheit - mit Fokus „ältere Menschen“ und „Stress am Arbeitsplatz“, Okt. 14, Indikator 3.9. Arbeitsabwesenheit <i>Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay off. An Insight Report from the World Economic Forum's "Future of Healthy" project, January 2015.</i>	

[http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_002_GFCH_2014-10 - Monitoring psychische Gesundheit.pdf](http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_002_GFCH_2014-10_-_Monitoring_psychische_Gesundheit.pdf)

<http://www.weforum.org/reports/maximizing-healthy-life-years-investments-pay>

16 Erschöpfungsrare 15-64 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
16	Erschöpfungsrare bei 15-64-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anteil von erwerbstätigen Personen zwischen 15 und 64 Jahren mit einer Erschöpfung	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Im Rahmen des Arbeitspapiers 26 von Gesundheitsförderung Schweiz „Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz, Job-Stress-Index 2014“ ist die Erschöpfung wie folgt beschrieben: Erschöpfung beinhaltet das Gefühl der Überbeanspruchung, des Energieverlustes und des Ausgelaugtseins. Die Erschöpfungsrare (in Prozent) macht Aussagen über die Erschöpfung von Erwerbstätigen und ist eine wichtige Kennzahl für das Befinden (Instrument von Demerouti und Kollegen (2001)). Die Erschöpfungsrare soll den prozentualen Anteil der erwerbstätigen Personen widerspiegeln, die hohe Erschöpfungswerte zeigten. - Klassifikation für nicht Erschöpfte: - o Erwerbstätige, die auf der Originalskala einen Wert unter 2.25 erzielten, wurden als nicht erschöpft eingestuft. Diese Personen gaben auf die Erschöpfungsfragen die Antworten «sehr unzutreffend» oder «eher unzutreffend». Im Mittel antworteten sie lediglich auf 9 % der Fragen zustimmend. - Klassifikation für leicht Erschöpfte: - o Stimmt im Durchschnitt 36 % der Fragen zu (eher zutreffend, völlig zutreffend). - Klassifikation für ziemlich Erschöpfte: - o Antworteten im Durchschnitt bei 60 % der Fragen zustimmend, also ungefähr bei fünf der acht Fragen. - Klassifikation für sehr Erschöpfte: - o Antworteten im Schnitt bei 83 % der Fragen zustimmend. Für die Erschöpfungsrare werden die beiden Gruppen «ziemlich erschöpft» und «sehr erschöpft» zusammengefasst und als «erschöpft» bezeichnet. In der SGB gibt es verschiedene Variablen zum Erschöpfungszustand: TPSYG22 (alle Teilnehmer werden befragt, Aufschlüsselung nach Erwerbsstatus möglich): Wie haben Sie sich in den letzten 4 Wochen geföhlt? Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Geföhlszustände vor. Bitte sagen Sie mir jedes Mal, ob Sie den Geföhlszustand in den letzten 4 Wochen immer, meistens, manchmal, selten oder nie gehabt haben. Mögliche Antwort: Erschöpft geföhlt. Bitte geben Sie für die folgende Aussage an, inwieweit sie für Sie zutrifft: «Bei meiner Arbeit habe ich immer öfter das Gefühl, emotional verbraucht zu sein». Die Aussage trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu, trifft voll und ganz zu.
Relevanz:	Findet keine vollständige Erholung statt, können Stressreaktionen chronisch werden und Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen (Zapf & Semmer, 2004).
Bezug zur Strategie:	ÜZ 4: Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft.

Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Online-Befragung des LINK Internet-Panels via S-Tool
Verwendete Datenquelle:	Job-Stress-Index-Erhebung 2014
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	3'438 (2014) 18-65+ Jahre D, F ,I
Weitere Datenquellen:	SGB: Variablen TPSYG22, TPSYG22
Disaggregation:	Grossregion, Sprachregion, Branche, Alter, Geschlecht, Bildung, Position, Beschäftigungsgrad
Anzahl Messpunkte:	1 (2014)
Frequenz der Erhebung:	Jährliche repräsentative Erhebung 2014, 2015, 2016; danach evtl. alle zwei Jahre
Nächste Aktualisierung:	2015
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Gesundheitsförderung Schweiz.
	Job-Stress-Index 2014 ist eine neue Erhebung, welche von Gesundheitsförderung Schweiz initiiert wurde. Die ersten drei Jahre sind als Längsschnittstudie konzipiert
Weiterführende Literatur:	Arbeitspapier 26 von Gesundheitsförderung Schweiz: Link unten Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Ed.), Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III (pp. 1007-1112). Göttingen, Germany: Hogrefe.

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_002_GFCH_2014-10_-_Monitoring_psychische_Gesundheit.pdf

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_026_GFCH_2014-10_-_Job-Stress-Index_2014.pdf

17 Freiwilligenarbeit 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
17	Freiwilligenarbeit ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil der Personen ab 15 Jahren, welche Freiwilligenarbeit verrichten (informell und institutionell)	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Personen an der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die in den vier Wochen vor der Befragung mindestens eine organisierte oder informelle Freiwilligenarbeit ausgeführt haben. Fragebogen SAKE Modul „unbezahlte Arbeit“ Die Freiwilligenarbeit dient in diesem Kontext als Indikator für die soziale Teilhabe an der Gesellschaft (soziale Partizipation). Sie umfasst unbezahlte Tätigkeit im Rahmen von Organisationen oder Institutionen (wie Sportvereine, sozial-karitative Organisationen, kirchliche Institutionen) und informelle unbezahlte Tätigkeiten wie Nachbarschaftshilfe, Kinderbetreuung, Dienstleistungen oder Pflege und Betreuung von Verwandten und Bekannten, die nicht im selben Haushalt leben. Gemäss Expertinnen und Experten ist Freiwilligenarbeit auch ein Indikator für Leistungsfähigkeit der Gesellschaft: Solidarität zwischen den Generationen. Diese ist jedoch ein sehr sensibler Faktor und es gibt viele Indikatoren dazu.
Relevanz:	Soziale Teilhabe als Aspekt der funktionellen Integration (politische, wirtschaftliche und soziale Teilhabe) bezieht sich auf die Integration von Menschen in sozialen Netzwerken von Familien und Freunden sowie ihre Integration in die Gemeinschaften, in denen sie leben, und in die Gesellschaft als Ganzes. Der Anteil der Freiwilligenarbeit ist einer von vielen möglichen Indikatoren, um den vielschichtigen Begriff der sozialen Teilhabe zu beschreiben. Die Förderung der sozialen Teilhabe ist deshalb wichtig, weil Einsamkeit einen grossen negativen Einfluss auf die Gesundheit hat.
Bezug zur Strategie:	ÜZ 4: Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung (CATI)
Verwendete Datenquelle:	Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE)
Stichprobengrösse Altersgruppen Sprachregionen	Modul Unbezahlte Arbeit 25'000 Ab 15 Jahren D, F, I

Weitere Datenquellen:	Freiwilligen-Monitor der Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft (SGG) 2006, 2009 und 2014; Special Eurobarometer. Der European Social Survey 2012 hat ebenfalls eine Frage zu freiwilligem Engagement in Organisationen und Häufigkeit der formellen Freiwilligenarbeit: http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/fieldwork/source/ESS6_source_main_questionnaire.pdf Fragen zu Kontakten und Unterstützung in der Familie und im Bekanntenkreis finden sich in der Erhebung zu Familien und Generationen 2013 des BFS: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/efg/00.html Diese Resultate sind noch nicht publiziert.
Disaggregation:	Geschlecht, institutionalisierte unbezahlte Tätigkeit und informelle unbezahlte Tätigkeit, Tätigkeit, Alter, Motive, Vereine, Sprach- und Grossregionen
Anzahl Messpunkte:	erste Erhebung 1997, seit 2000
Frequenz der Erhebung:	Modul unbezahlte Arbeit alle drei Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Für den internationalen Vergleich wird auf den Eurobarometer 75.2 zur Freiwilligentätigkeit und Solidarität zwischen den Generationen aus dem Jahr 2011 verwiesen, dieser wurde nicht für die Schweiz erhoben. Es wurde danach gefragt, ob die befragte Person zurzeit einer Freiwilligentätigkeit nachgehe. Der European Social Survey 2012 fragt nach formellem Engagement in den letzten 12 Monaten und freiwilligen Tätigkeiten im letzten Monat und ist international vergleichbar (keine regelmässige Durchführung für die Schweiz).
Limitierung:	Detaillierte Art der Tätigkeit und Motive sind nur im Freiwilligen-Monitor verfügbar. Freiwilligenarbeit ist einer von mehreren Indikatoren, um die soziale und gesellschaftliche Teilhabe zu beschreiben. Um ein umfassenderes Bild zu haben, müssten noch weitere Aspekte betrachtet werden wie Zugang zu Arbeitsmarkt, Teilnahme in Vereinen, Arbeitslosenquote etc.
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim BFS. In der SAKE seit 2010: kontinuierliche Erhebung, Überarbeitung des Fragebogens (speziell zur Nutzung familienergänzender Kinderbetreuung).

Weiterführende Literatur:

Freiwilligenarbeit Sportvereine: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung / www.LSWEB.ch, Observatorium Sport und Bewegung Schweiz L&S und BASPO / www.sportobs.ch

Freitag, Markus, Anita Manatschal, Kathrin Ackermann und Maya Ackermann (i.E.). Freiwilligen-Monitor Schweiz 2016, Zürich: Seismo.

Stadelmann-Steffen, Isabelle, Richard Traunmüller, Birte Gundelach und Markus Freitag (2010). Freiwilligen-Monitor Schweiz 2010, Zürich: Seismo.

Freiwilliges Engagement in der Schweiz 2013/2014, BFS2015:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6697>

Monet-Indikator BFS Freiwilligenarbeit:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/21/02/ind32.indicator.70603.3203.html>

http://www.benevol.ch/fileadmin/pdf/BfS_Freiwilligenarbeit2010_DE_.pdf

<http://www.freiwilligenmonitor.ch/>

<http://www.sgg-ssup.ch/de/freiwilligenmonitor>

<https://www.redcross.ch/de/soziale-integration/freiwilligenarbeit/zahlen-und-fakten>

18.1 Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
18.1	Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des Alkoholkonsums von 40g/Tag (Männer) respektive 20g/Tag (Frauen) im Durchschnitt in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten täglich durchschnittlich 40g oder mehr (Männer) bzw. 20g oder mehr (Frauen) Alkohol konsumiert haben. Aggregierter Indikator aus Fragen nach Häufigkeit des Konsums und Konsummenge bei jeweiligem Konsum. Daraus wird die durchschnittlich konsumierte Menge Reinalkohol pro Tag errechnet (1 Standardgetränk = 10-12 Gramm Reinalkohol) A) Fragestellungen aus SGB12, 38.20 bis 38.55 für die Getränketypen Bier, Wein, Spirituosen (d.h. Schnaps, Whisky, Cognac, Likör usw.) und Alcopops. Fragen zu Konsumstatus und Häufigkeit sind jeweils identisch: • 38.20: Haben Sie in den letzten 7 Tagen [Getränktyp] getrunken? • 38.21: Wie häufig? • 38.22: Und wie viel pro Mal? [Personen ohne Konsum in den letzten 7 Tagen]: • 38.23: Haben Sie in den letzten 12 Monaten [Getränktyp] getrunken? • 38.24: Wie häufig? 38.25: Und wie viel pro Mal? B) Fragestellungen aus dem SUMO: vergleichbar mit Fragen aus SGB, jedoch höhere Frequenz (jährliche Erhebung).
Relevanz:	Die Weltgesundheitsorganisation WHO unterscheidet vier Risikogruppen des Alkoholkonsums: • Abstinenz • Gering risikoreicher Konsum – weniger als 40g/Tag reiner Alkohol für Männer und weniger als 20g/Tag für Frauen. • Konsum mit mittlerem Risiko – zwischen 40 und 60g/Tag Reinalkohol für Männer und zwischen 20-40g/Tag für Frauen • Hoch risikoreicher Konsum – mehr als 60g/Tag Reinalkohol Männer, mehr als 40g/Tag Reinalkohol für Frauen Ab Konsum mit mittlerem Risiko ist das allgemeine Mortalitätsrisiko (aufgrund erhöhtem Unfall- und Krankheitsrisiko) gegenüber Alkoholabstinenz signifikant erhöht. Das Risiko steigt stetig an.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator
Themenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators		
Subindikatoren	Risikoklassen: a) <u>mittleres Risiko</u> (40-60g/Tag für Männer, 20-40g/Tag für Frauen) b) <u>hoch risikoreich</u> (mehr als 60g/d für Männer, mehr als 40g/Tag für Frauen)	
Messmethode:	A) SGB Telefonische Befragung	B) SUMO Telefonische Befragung
Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	Suchtmonitoring (SUMO)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	11'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbsstatus
Anzahl Messpunkte:	4 (1992 schriftliche Befr., nicht vergleichbar)	5 (2011-2016)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Jährlich bis 2016, danach unbestimmt.
Nächste Aktualisierung:	2017	2016
Bemerkungen zum Indikator		
Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-Set: 2.1. Basierend auf WHO-Empfehlungen international vergleichbar (entspricht in etwa WHO 1.2.7).	
Limitierung:	Bevölkerungsbefragung ergibt beim Alkoholkonsum ein Underreporting der effektiv konsumierten Menge, zudem sind die am stärksten Konsumierenden am schlechtesten erreichbar. Vergleichbarkeit mit den 11-15 Jährigen (Indikator 18.2 (Sucht 1.2)) ist nicht unmittelbar gegeben, da die SGB 12 Monate-Prävalenz erfasst, die Frage in HBSC sich hingegen auf das aktuelle/generelle Konsumverhalten bezieht, ohne einen bestimmten Zeitraum zu definieren.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen des Suchtmonitorings und beim Obsan. Gewünschte Periodizität von Experten: alle 2 Jahre. Alternative Erhebung: C-Surf C-Surf beschränkt auf junge Männer. Für Detailauswertungen gut, aber nicht für Aussagen über Gesamtbevölkerung. Über Nationalfonds finanziert. Finanzierung somit langfristig nicht garantiert.	
Weiterführende Literatur:	WHO: International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. http://apps.who.int/iris/handle/10665/66529 Suchtmonitoring Schweiz: http://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-5.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-chronisch BFS, SGB: http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/files/de/02a3.xml	

18.2 Alkoholkonsum 11-15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
18.2	Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Häufigkeit des Alkoholkonsums bei 11-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der 11-15-Jährigen, die (a) täglich, (b) wöchentlich, (c) monatlich (d) weniger als einmal pro Monat oder (e) nie alkoholische Getränke konsumieren <i>Fragestellung aus HBSC:</i> HBSC 14, F22: Wie oft trinkst du diese alkoholischen Getränke (wie Bier, Wein oder Schnaps), auch wenn es sich nur um kleine Mengen handelt?
Relevanz:	Kinder und Jugendliche sind beim Alkoholkonsum grösseren Risiken ausgesetzt als Erwachsene. Der Alkoholkonsum wirkt sich bei geringerem Körpergewicht stärker aus. Zudem fehlt Kindern und Jugendlichen die Toleranz gegen den Alkohol, auch können diese die Wirkung des Alkohols aufgrund mangelnder Erfahrung schlecht einschätzen (Anderson et al. 2009). Damit wird das Risiko für Unfälle, gewalttätiges Verhalten und auch akute Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen zusätzlich erhöht. Insgesamt ist der Alkoholkonsum weltweit eine der Hauptursachen der Krankheitslast bei jungen Erwachsenen (Lim et al. 2012). Die Folgen des Alkoholkonsums im Jugendalter können langfristig sein. So kann Alkoholkonsum die Gehirnentwicklung beeinträchtigen und zu strukturellen Veränderungen in bestimmten Gehirnarealen führen. Übermässiger Alkoholkonsum kann gar zu irreversiblen Gehirnschäden führen (Bava/Tapert 2010; Bellis et al. 2000; Guerri/Pascual 2010; Newbury-Birch et al. 2009; Spear 2002). Zudem haben Jugendliche mit hohem Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie andere alkoholbedingte Erkrankungen im Erwachsenenalter (Englund et al. 2008; Irons et al. 2015; Jefferis et al. 2005)
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Ebenenordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I

Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	7
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-Set: 1.2. (EMCDDA: GPS). HBSC ist eine international durchgeführte Schülerbefragung unter der Führung der WHO Europa in über 40 mehrheitlich europäischen Ländern.
Limitierung:	Daten beruhen auf subjektiver Einschätzung der Schüler.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Vergleichbarkeit mit Indikator „Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum 15+ J.“ (Indikator 18.1) ist nicht unmittelbar gegeben, da die SGB die 12-Monats-Prävalenz erfasst, die Frage in HBSC sich hingegen auf das aktuelle/generelle Konsumverhalten bezieht, ohne einen bestimmten Zeitraum zu definieren.
Weiterführende Literatur:	Webseite HBSC: http://www.hbsc.ch/?lang=de Sucht Schweiz zu HBSC: http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/

19 Alkoholkonsum pro Kopf

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
19	Alkoholkonsum pro Kopf
Vollständige Bezeichnung:	Durchschnittlich pro Jahr konsumierte Menge Reinalkohol pro Kopf von Personen ab 15 Jahren, basierend auf Verkaufszahlen
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Durchschnittlich pro Jahr konsumierte Menge Reinalkohol pro Kopf von Personen ab 15 Jahren, basierend auf Verkaufszahlen
	Aus Alkoholsteuerdaten, deklarierten Destillationen (BLV, Oberzollverwaltung), Import-, Exportdaten abgeleiteter Alkoholabsatz in der Schweiz, runtergebrochen auf Bevölkerungszahl. International wird Durchschnittsmenge pro Kopf der Bevölkerung ab 15 Jahren verwendet.
Relevanz:	Ist ein Leitindikator der EU. Allgemein Korrelation zwischen Alkoholkonsum pro Kopf der Bevölkerung und Krankheits- und Mortalitätslast durch Alkoholkonsum.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Ebenenordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Steuerdaten, Amtliche Registrierung gebrannte Mengen
Verwendete Datenquelle:	EAV-Alkohol in Zahlen
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	-
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Wein, Bier, Obstwein ,Spirituosen
Anzahl Messpunkte:	Seit Anfang 20. Jahrhundert
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Indikator von EU in Liste wichtiger Gesundheitsindikatoren aufgenommen, daher Aufnahme in NCD-Set.
Limitierung:	Ein Teil des Alkohols wird nicht registriert. Sogenannte unrecorded consumption. Zu klären ob und inwiefern miteinbeziehen.
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring.
Weiterführende Literatur:	EAV-Alkohol in Zahlen http://www.eav.admin.ch/dokumentation/00445/00582/index.html?lang=de

20.1 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
20.1	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des episodisch risikoreichen Alkoholkonsums in den letzten 12 Monaten bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die in den letzten 12 Monaten mindestens monatlich A) 4 (Frauen) / 5 (Männer) bzw. B) 6 oder mehr Standarddrinks zu einer Gelegenheit konsumiert haben A) Fragestellung aus Suchtmonitoring (Core): CA09:Wie oft ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie während einer Gelegenheit 4 (für Frauen) / 5 (für Männer) alkoholische Standardgetränke und mehr getrunken haben? – 2x oder mehr pro Tag, 1x pro Tag, 5-6x wöchentlich, 3-4x wöchentlich, 1-2x wöchentlich, 1-3x pro Monat, seltener als monatlich, einmal pro Jahr, nicht in den letzten 12 Monaten B) Fragestellung aus SGB12: 38.60: Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass oder Gelegenheit getrunken? – wöchentlich und mehr, monatlich, weniger als monatlich, nie in den letzten 12 Monaten, noch nie im Leben	
Relevanz:	Nebst dem chronisch risikoreichen Alkoholkonsum ist der Konsum grösserer Mengen Alkohol bei einem Anlass oder einer Gelegenheit die zweite aus gesundheitlicher Sicht problematische Konsumart. Akute Folgen wie Unfälle, Verletzungen, Gewalt, Sachbeschädigungen und erhöhte Suizidgefahr sind die wichtigsten mit episodisch risikoreichem Konsum assoziierten Probleme. Dazu ist auch das Risiko für koronare Herzkrankheiten verglichen mit moderat Konsumierenden ohne Rauschtrinken erhöht.	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Episodischer Risikokonsum 4+/5+	B) Episodischer Risikokonsum 6+
Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring (SUMO)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
- Stichprobengrösse - Altersgruppen - Sprachregionen	11'000 Ab 15 Jahren D, F, I	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbsstatus	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität

Anzahl Messpunkte:	5 (2011-2016)	1 (2012, vorher nicht aufgenommen)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich bis 2016, danach unbestimmt.	Alle 5 Jahre, wünschenswert alle 2 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-Set: 2.2. In der internationalen Alkoholforschung ist 4+/5+ verbreitet und wird auch in vielen Ländern so erhoben. Noch verbreiteter ist jedoch 6+, da diese eine Frage des AUDIT ist, der in vielen Ländern verbreitet ist.	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring. Gewünschte Periodizität ist 2-3 Jahre. Für das Schweiz-interne Reporting ist 4 (für Frauen) / 5 (für Männer) alkoholische Standardgetränke und mehr relevant. Optimalerweise sollten beide Schwellenwerte erhoben werden.	
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring http://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-6.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-episodisch BFS, SGB: http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/02a3.xml WHO: International guide for monitoring alcohol consumption and related harm http://apps.who.int/iris/handle/10665/66529	

20.2 Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum 11-15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
20.2	Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Prävalenz des episodisch risikoreichen Alkoholkonsums bei 11-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	A) Anteil der 11-15-Jährigen, die in ihrem Leben schon mindestens zweimal betrunken gewesen sind B) Anteil der 14-15-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen 1x oder mehr mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben <i>A) Fragestellung aus HBSC</i> HBSC 14, F27: Wie oft in deinem Leben hast du so viel getrunken, dass du richtig betrunken warst? – Nie, einmal, 2-3 Mal, 4-10 Mal, öfter als 10 Mal <i>B) Fragestellung aus HBSC (Langversion)</i> HBSC 14, F26: In den letzten 30 Tagen, wie oft hast du 5 alkoholische Getränke oder mehr zu einer Gelegenheit (d.h. in kurzer Zeit nacheinander) getrunken?
Relevanz:	Kinder und Jugendliche sind beim Alkoholkonsum grösseren Risiken ausgesetzt als Erwachsene. Der Alkoholkonsum wirkt sich bei geringerem Körpergewicht stärker aus. Zudem fehlt Kindern und Jugendlichen die Toleranz gegen den Alkohol, auch können diese die Wirkung des Alkohols aufgrund mangelnder Erfahrung schlecht einschätzen (Anderson, de Bruijn, Angus, Gordon, & Hastings, 2009). Damit wird das Risiko für Unfälle, gewalttätiges Verhalten und auch akute Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen zusätzlich erhöht. Insgesamt ist der Alkoholkonsum weltweit eine der Hauptursachen der Krankheitslast bei jungen Erwachsenen (Lim et al., 2012). Die Folgen des Alkoholkonsums im Jugendalter können langfristig sein. So kann Alkoholkonsum die Gehirnentwicklung beeinträchtigen und zu strukturellen Veränderungen in bestimmten Gehirnarealen führen. Übermäßiger Alkoholkonsum kann gar zu irreversiblen Gehirnschäden führen (Bava, & Tapert, 2010; Bellis et al., 2000; Guerri, & Pascual, 2010; Newbury-Birch et al., 2009; Spear, 2002). Zudem haben Jugendliche mit hohem Alkoholkonsum ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie andere alkoholbedingte Erkrankungen im Erwachsenenalter (Englund, Egeland, Oliva, & Collins, 2008; Irons, Iacono, & McGue, 2015; Jefferis, Power, & Manor, 2005).
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Subindikatoren	A) 11-15-Jährige, die in ihrem Leben schon mindestens zweimal betrunken waren B) 14-15-Jährige, die in den letzten 30 Tagen 1x oder mehr mindestens fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken haben

Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	7
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-Set: 2.3. HBSC ist eine international durchgeführte Schülerbefragung A) entspricht OECD-Indikator «Alcohol consumption among children» (Health at a glance 2013, Nr. 21)
Limitierung:	A) bezieht sich auf die selbst wahrgenommene Betrunkenheit, ungeachtet der getrunkenen Menge an Alkohol.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Die Frage zum Konsum von 5 und mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit (F26) wird nur in der HBSC-Langversion (14-15-Jährige) gestellt
Weiterführende Literatur:	OECD Health at a glance 2013: 10.1787/health_glance-2013-en Webseite HBSC: http://www.hbsc.ch/?lang=de Sucht Schweiz zu HBSC: http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/

21.1 Getränkespezifischer Alkoholkonsum 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
21.1	Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	Anteil des Reinalkohols verschiedener alkoholischer Getränke am Gesamtkonsum, nach Geschlecht, Alter (ab 15 Jahren) und Sprachregion
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil des Reinalkohols verschiedener alkoholischer Getränke am Gesamtkonsum, nach Geschlecht, Alter und Sprachregion. Aggregierter Indikator aus Fragen nach Häufigkeit des Konsums und Konsummenge bei jeweiligem Konsum. Daraus wird die durchschnittlich konsumierte Menge Reinalkohol pro Tag errechnet (1 Standardgetränk = 10-12 Gramm Reinalkohol) <i>Fragestellungen aus SGB12, 38.20 bis 38.55 für die Getränketypen Bier, Wein, Spirituosen (d.h. Schnaps, Whisky, Cognac, Likör usw.) und Alcopops. Fragen zu Konsumstatus und Häufigkeit sind jeweils identisch:</i> • 38.20: Haben Sie in den letzten 7 Tagen Bier getrunken? • 38.21: Wie häufig? • 38.22: Und wie viel pro Mal? <i>[Personen ohne Konsum in den letzten 7 Tagen]:</i> • 38.23: Haben Sie in den letzten 12 Monaten Bier getrunken? • 38.24: Wie häufig? • 38.25: Und wie viel pro Mal?
Relevanz:	Neue Produkte der Alkoholindustrie können bei entsprechenden Zielgruppen zu Konsumhaussen führen (z.B. Alcopops). Produktpalette ist in ständiger Entwicklung. Für effiziente Prävention sowie Monitoring der Wirkung von Präventionsmassnahmen sind daher Daten zur konsumierten Getränkeart wichtig.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impactziel
Messung des Indikators	
Subindikatoren	Getränkespezifischer Alkoholkonsum nach Getränkeart
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse	Ca. 20'000
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren
• Sprachregionen	D, F, I

Weitere Datenquellen:	EAV (Verkaufszahlen pro Kopf der Bevölkerung in Litern effektiv sowie in Litern reinen Alkohols: Bier, Wein, Obstwein, Spirituosen), jedoch keine Differenzierung nach Alter, Geschlecht etc. möglich SUMO-Zusatzmodul mit weiteren Differenzierungen (z.B. Konsum am Wochenende); zwei Messpunkte: 2011 und 2015
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	4 (1992 schriftliche Befr., nicht vergleichbar)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	- Sucht-Indikatoren-Set: 3.1.
Limitierung:	Der Konsum von neuen Produkten kann sich innert relativ kurzer Zeit entwickeln – eine Befragung wie die SGB ist angesichts der Periodizität und der Hürden für Anpassungen in den Fragestellungen nur bedingt geeignet, solche Trends abzubilden. Spezifische zielgerichtete Studien müssten im Rahmen der Ressortforschung erarbeitet werden.
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring. Weitere Datenquellen: EAV (Verkaufszahlen pro Kopf der Bevölkerung in Litern effektiv sowie in Litern reinen Alkohols: Bier, Wein, Obstwein, Spirituosen), jedoch keine Differenzierung nach Alter, Geschlecht etc. möglich; SuMo-Zusatzmodul mit weiteren Differenzierungen (z.B. Konsum am Wochenende) mit zwei Messpunkten: (2011 und 2015).
Weiterführende Literatur:	SGB: Notari et al. (2014), 129 ff. Suchtmonitoring, Prävalenzbericht 2011 http://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-4.html?alkohol-pravalenz-konsum-getrankeart Zusammenfassung Ergebnisse SGB, Ab S.129 http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00600/04639/index.html?lang=de EAV: http://www.eav.admin.ch/dokumentation/00439/00564/index.html?lang=de

21.2 Getränkespezifischer Alkoholkonsum 11-15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
21.2	Getränkespezifischer Alkoholkonsum bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich a) Bier, b) Wein, c) Alcopops, d) Spirituosen trinken	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Getränkespezifischer Alkoholkonsum als Konsumhäufigkeit von Bier, Wein, Spirituosen, Alcopops bei 11-15-Jährigen: Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich a) Bier, b) Wein, c) Alcopops, d) Spirituosen trinken. <i>4 Subindikatoren, basierend auf HBSC:</i> HBSC 14, F22: Wie oft trinkst du diese alkoholischen Getränke (wie Bier, Wein oder Schnaps), auch wenn es sich nur um kleine Mengen handelt? – täglich, wöchentlich, monatlich, seltener, nie Getränkearten: Bier, Wein, Alcopops (Smirnoff Ice, Bacardi Breezer usw.), Spirituosen, Likör (Schnaps, Rum, Wodka, Whisky, Gin usw.), andere alkoholische Getränke
Relevanz:	Neue Produkte der Alkoholindustrie können bei entsprechenden Zielgruppen zu Konsumhaussen (Konsumspitzen) führen (z.B. Alcopops). Produktpalette ist in ständiger Entwicklung. Für effiziente Prävention sowie Monitoring der Wirkung von Präventionsmassnahmen sind daher Daten zur konsumierten Getränkeart wichtig.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impactziel
Messung des Indikators	
Subindikatoren	A) Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Bier trinken B) Anteil der 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Wein trinken C) Anteil 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Spirituosen/Likör trinken D) Anteil 11-15-Jährigen, die mindestens wöchentlich Alcopops trinken
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	7
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

-
Sucht-Indikatoren-Set: 3.2.

Limitierung:

Vergleichbarkeit/längerfristige Trends zu verfolgen, ist nicht immer möglich, da die zur Beantwortung der Frage zur Auswahl stehenden Getränke über die Studienjahre immer wieder geändert wurden

Bemerkung:

Indikator liegt nicht vor.

Indikator kann nicht analog zu Indikator „Getränkesspezifischer Alkoholkonsum 15+ J.“ (Indikator 21.1) gebildet werden, da in HBSC lediglich die Konsumhäufigkeit abgefragt wird, nicht aber die Konsummenge.

Weiterführende Literatur:

Marmet et al. 2015, 66ff; Sucht Schweiz zu HBSC:
<http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/>

Webseite HBSC
<http://www.hbsc.ch/?lang=de>

Sucht Schweiz zu HBSC
<http://www.suchtschweiz.ch/forschung/hbsc/>

22.1 Tabakkonsum (Rauchen) 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
22.1	Tabakkonsum (Rauchen) bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Anteil der Personen, die aktuell a) täglich rauchen, b) gelegentlich rauchen, c) früher regelmässig geraucht haben, d) nie geraucht haben		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Prävalenz des Rauchens in der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren: Anteil der Personen, die aktuell a) täglich rauchen, b) gelegentlich rauchen, c) früher regelmässig geraucht haben, d) nie geraucht haben. Fragestellungen aus SGB12: • 39.00: Rauchen Sie, wenn auch nur selten? • 39.01: Rauchen Sie täglich? • 39.20 [Nur Nichtraucher/innen]: Haben Sie je regelmässig während mehr als 6 Monaten geraucht?	
Relevanz:	Tabakkonsum macht sehr schnell abhängig und es ist schwierig aufzuhören. Mit über 1,7 Million Raucherinnen und Rauchern gehört der Tabakkonsum in der Schweiz zu einem der grössten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Tabak als wichtigster Risikofaktor für chronisch nicht übertragbare Krankheiten trägt wesentlich zur globalen Krankheitslast (Burden of Disease) bei. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehr als 9'000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Das sind rund 25 Todesfälle pro Tag. Die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher hat mit unter 18 Jahren mit dem Rauchen angefangen. Rauchende, die vor dem Alter von 15 Jahren mit dem täglichen Konsum beginnen, weisen in der Folge einen höheren Grad der Nikotinabhängigkeit auf als Rauchende, die in einem höheren Alter mit dem täglichen Konsum anfangen. Prävalenzraten können genutzt werden, um Konsumtendenzen zu beobachten und die Auswirkung von Massnahmen zur Tabakkontrolle über die Zeit zu evaluieren.	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring (SUMO)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	11'000 Ab 15 Jahren D, F, I	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbsstatus	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität

Anzahl Messpunkte:	5 (2011-2016)	5 (1992-2012)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich bis 2016, danach unbestimmt	Alle 5 Jahre, wünschenswert alle 2 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System: 4.1 International: WHO (GMF; Tobacco control country profiles), Eurobaromètre; NHANES 2013 (USA)	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring und beim Obsan. Nur gerauchte Tabakprodukte. Gewünschte Periodizität von Experten: alle 2 Jahre.	
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring: http://www.suchtmonitoring.ch/de/1.html SGB: www.sgb12.bfs.admin.ch/	

22.2 Tabakkonsum (Rauchen) 11-15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
22.2	Tabakkonsum (Rauchen) bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anteil der 11-15-Jährigen, die aktuell a) täglich rauchen, b) gelegentlich rauchen, c) nicht rauchen.	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Prävalenz des Rauchens bei 11-15-Jährigen: Anteil der 11-15-Jährigen, die aktuell a) täglich rauchen, b) gelegentlich rauchen, c) nicht rauchen. <i>Der Indikator basiert auf dem aktuellen Konsumstatus gemäss HBSC:</i> HBSC 14, F18: Wie oft rauchst du zurzeit? – 1. Jeden Tag, 2. Mindestens einmal pro Woche, aber nicht jeden Tag, 3. Weniger als einmal in der Woche, 4. Ich rauche nicht. «Gelegentlich» ist eine Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten 2 und 3.
Relevanz:	Tabakkonsum macht sehr schnell abhängig und es ist schwierig aufzuhören. Mit über 1,7 Million Raucherinnen und Rauchern gehört der Tabakkonsum in der Schweiz zu einem der grössten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Tabak als wichtigster Risikofaktor für chronisch nicht übertragbare Krankheiten trägt wesentlich zur globalen Krankheitslast (Burden of Disease) bei. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehr als 9'000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Rauchens. Das sind rund 25 Todesfälle pro Tag. Die Mehrheit der Raucherinnen und Raucher hat mit unter 18 Jahren mit dem Rauchen angefangen. Rauchende, die vor dem Alter von 15 Jahren mit dem täglichen Konsum beginnen, weisen in der Folge einen höheren Grad der Nikotinabhängigkeit auf als Rauchende, die in einem höheren Alter mit dem täglichen Konsum anfangen. Prävalenzraten können genutzt werden, um Konsumtendenzen zu beobachten und die Auswirkung von Massnahmen zur Tabakkontrolle über die Zeit zu evaluieren.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Ebenenordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
Stichprobengrösse Altersgruppen Sprachregionen	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen

Anzahl Messpunkte:	4
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System: 4.2 HBSC international
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Nur gerauchte Tabakprodukte.
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring: http://www.suchtmonitoring.ch/de/1.html HBSC: www.hbsc.ch ;

23 Passivrauchen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
23	Passivrauchen ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung:		
	A) Anzahl Stunden pro Tag mit Rauch-Exposition ab 15 Jahren B) Regelungen für Rauchen im Haushalt	
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	A) Anzahl Stunden, während der die Schweizer Bevölkerung dem Passivrauchen ausgesetzt ist (privater und öffentlicher Raum zusammen). Frage im ESS : : Wieviel Zeit pro Tag sind Sie dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt? B) Welche Regeln gelten in den Schweizer Haushalten in Bezug auf das Rauchen? Frage im Suchtmonitoring (Corolar) : Ganz allgemein, welche Aussage trifft am besten auf Ihre Situation bei Ihnen zu Hause zu (also nicht auf einem Balkon oder Terrasse)? - o Es ist erlaubt, bei mir zu Hause zu rauchen - o Im Allgemeinen ist es verboten, bei mir zu Hause zu rauchen, aber Ausnahmen werden toleriert (z.B. bei Feiern, usw.) - o Es ist verboten, bei mir zu Hause zu rauchen	
Relevanz:	Passivrauchen ist gesundheitsschädigend, da es krebserregend ist und zu Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Asthma führen kann sowie das Risiko für Infektionen der Atemwege erhöht. Vor allem Kinder, insbesondere Kleinkinder, sind durch Passivrauchen stark gefährdet. Zudem führt das Rauchen der Eltern dazu, dass der Tabakkonsum als etwas Normales empfunden wird. Sind beide Eltern Raucher, so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass auch die Kinder mit dem Rauchen beginnen. Anhand der Entwicklung der täglichen Stundenzahl, während der die Bevölkerung dem Passivrauchen ausgesetzt ist, lässt sich erkennen, wie sich die verschiedenen Präventionsmassnahmen in diesem Bereich auswirken. Die Akzeptanz einer Reglementierung in Sachen Passivrauchen hat seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes zum Schutz vor Passivrauchen im Jahr 2010 stark zugenommen. Seitdem ist ein Wandel des Verhaltens in der Privatsphäre zu beobachten, der zeigt, dass die Präventionsmassnahmen immer mehr Beachtung finden. Die Zunahme der Haushalte, die in diesem Zusammenhang private Regeln eingeführt haben, spiegelt wider, wie sich die gesellschaftlichen Normen verändert haben und verdeutlicht, dass das Risikoverhalten abnimmt. .	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Zeit der Rauch-Exposition	B) Hausregelung Rauchen
Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung

Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	CoRoIAR (Suchtmonitoring)
	• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	5'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	CoRoIAR : jährlich und Details über Ort der Rauchexposition	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	Alter, Geschlecht, Bildung
Anzahl Messpunkte:	5 (1992-2012)	4 (seit 2011) + Tabakmonitoring (2001-2010)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre, wünschenswert alle 2 Jahre	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	2017	2015
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	A) Eurobaromètre (Europe) : questions posées sur une exposition au travail, dans les bars/restaurant B) NHANES (USA) : question plus spécifique	
Limitierung:	A) Formulation très générale ne permettant pas de connaître les lieux d'exposition. Avantage : trend ESS mais pas de comparaison possible au niveau international B) Idéalement, un croisement de cet indicateur avec la composition du ménage devrait être fait pour connaître la proportion d'enfants concernés.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring. Periodizität von 4 Jahren ausreichend, 5 Jahre jedoch zu selten !	
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring: http://www.suchtmonitoring.ch/de/1.html SGB: www.sgb12.bfs.admin.ch/	

24 Produktespezifischer Tabakkonsum 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
24	Produktespezifischer Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: A) Art und Menge der konsumierten Tabakprodukte B) Anteil des gemischten Konsums von Tabakprodukten C) Wechsel des Konsums zwischen verschiedenen Tabakprodukten	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Konsum (Häufigkeit, Menge) differenziert nach Produktart: drei Subindikatoren: A) Art und Menge der konsumierten Tabakerzeugnisse B) Verhältnis des Mischkonsums von Tabakerzeugnissen C) Konsumverlagerung von einem Tabakerzeugnis zum anderen A) Angaben basieren auf folgenden Fragestellungen: 1. <i>Suchtmonitoring, Core (CT07ff) sowie Split-B (TC06ff. und TE02ff.):</i> • CT07: Was rauchen Sie? Rauchen Sie ... Zigaretten, Zigarren/Stumpen, Cigarillos, Wasserpfeife (Shisha, Hookah), Pfeife? • CT08: Rauchen Sie auch selbstgedrehte Zigaretten? (ja, nur selbstgedrehte; ja, zum Teil, nein) • CT09/CT10: Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag/pro Woche, einschliesslich selbstgedrehter Zigaretten? • TC06a: Wie viele Zigarren und Stumpen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • TC07a: Wie viele Cigarillos rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • TC08a: Wie viele Wasserpfeifen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • TC09a: Wie viele Pfeifen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • CT13r Konsumieren Sie andere, rauchfreie Tabakprodukte wie Schnupftabak oder Kautabak? Wenn ja, welche? (Schnupftabak (Snuff), Snus oder anderer Lutschtabak, Kautabak (gedreht oder gerollt), Nikotinkaugummi oder Nikotinpflaster) • TE02: Haben Sie schon einmal eine elektronische Zigarette (oder E-Zigarette) benutzt oder ausprobiert? • TE03: War dies in den letzten 30 Tagen? • TE04: Wie oft pro Woche benutzen Sie derzeit elektronische Zigaretten? (täglich, mehrmals pro Woche, einmal pro Woche, seltener) <i>Neu zu integrierende Fragestellung :</i> • Konsumieren Sie eine andere Art Tabakerzeugnis? Welches? 2. <i>Fragestellungen aus SGB12:</i> • 39.10: Was rauchen Sie? – Zigaretten, Zigarren, Cigarillos, Pfeife, Wasserpfeife • 39.11: Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • 39.12: Wie viele Zigarren rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • 39.13: Wie viele Cigarillos rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? • 39.14: Wie viele Pfeifen rauchen Sie im Durchschnitt pro Tag? B) Dieser Indikator gibt ausgehend von den Informationen aus A) das Verhältnis des Konsums von Zigaretten und anderen Tabakerzeugnissen an: • Wie hoch ist der Bevölkerungsanteil, der regelmässig verschiedene Tabakerzeugnisse, namentlich Zigaretten und elektronische Zigaretten oder Snus, parallel konsumiert? C) Gibt es eine Konsumverlagerung von einem Tabakerzeugnis zum anderen? Kommt es beispielsweise vor, dass nach einem anfänglichen Konsum von elektronischen Zigaretten auf ein anderes Tabakerzeugnis gewechselt wird?

	<i>Neue Frage:</i> Mit welchem Erzeugnis begann Ihr Tabakkonsum?	
Relevanz:	Zigaretten sind in der Schweiz in allen Bevölkerungsgruppen das am häufigsten konsumierte Tabakerzeugnis. In den letzten Jahren sind einige neue Produkte auf den Schweizer Markt gekommen und mit Sicherheit werden auch in Zukunft neue Produkte dazukommen. Eine dieser Neuerungen ist zum Beispiel die elektronische Zigarette. Neue Produkte, deren genaue Schädlichkeit noch nicht bekannt ist, werden häufig als „weniger riskant“ beschrieben und können das Konsumverhalten der Schweizer Bevölkerung nachhaltig verändern. Um bei Präventionsmassnahmen stets die neusten Tendenzen berücksichtigen zu können, sind aktuelle Informationen über das Konsumverhalten unerlässlich. Zudem kann zum Beispiel der Mischkonsum von Zigaretten und elektronischen Zigaretten die rauchende Person, die ihren Zigarettenkonsum reduziert, in falscher Sicherheit wiegen, da die Schädlichkeit des Tabaks nur zum Teil von der Quantität der gerauchten Erzeugnisse abhängt.	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener NCD-Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring (SUMO)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	11'000 Ab 15 Jahren D, F, I	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung, Erwerbsstatus	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	4 (seit 2011) + Tabakmonitoring (2001-2010)	5 (1992-2012)
Frequenz der Erhebung:	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt	Alle 5 Jahre, wünschenswert alle 2 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System: 5, Eurobaromètre	
Limitierung:	SGB: bisher nur Tabakprodukte zum Rauchen. Es fehlen E-Zigaretten mit und ohne Nikotin, Kautabak und Snus, Schnupftabak	
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring. Gewünschte Periodizität von Experten: alle 2 Jahre.	

	Der Indikator muss Platz lassen für die Ergänzung mit neuen Tabakerzeugnisse, die in den nächsten Jahren auf den Markt kommen werden.
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring: http://www.suchtmonitoring.ch/de/1.html

25 Aufhörbereitschaft (Rauchen) 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
25	Aufhörbereitschaft (Rauchen) ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	Anteil der Raucher/innen ab 15 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören möchten, nach Zeitpunkt der angestrebten Verhaltensänderung (irgendwann; in den nächsten 6 Monaten; in den nächsten 30 Tagen)
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Raucher/innen ab 15 Jahren, die mit dem Rauchen aufhören möchten: nach Zeitpunkt der angestrebten Verhaltensänderung (irgendwann; in den nächsten 6 Monaten; in den nächsten 30 Tagen) <i>Fragestellung in Suchtmonitoring (CoRoIAR), Split B:</i> • TC12: Möchten Sie gerne mit dem Rauchen aufhören? <i>Fragestellung in SGB:</i> • 39.41: Möchten Sie gerne mit dem Rauchen aufhören?
Relevanz:	Tabak ist ein Suchtmittel; es ist schwierig mit dem Rauchen aufzuhören, wenn man abhängig ist. Ein beträchtlicher Teil der Raucherinnen und Raucher aller Altersklassen würde gerne mit dem Rauchen aufhören. Die Entwicklung des Anteils jener Raucherinnen und Raucher, die aufhören möchten, ist ein guter Indikator für die Stossrichtung der Präventionskampagnen.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener NCD-Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	CoRoIAR (Suchtmonitoring)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	5'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (n=20'000, ab 15 Jahren, ähnliche Fragestellung, 5 Messpunkte (seit 1992))
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung
Anzahl Messpunkte:	4 (seit 2011) + Tabakmonitoring (2001-2010)
Frequenz der Erhebung:	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	2015

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

Sucht-Indikatoren-System: 21.2 (a),
Eurobarometer

Limitierung:

Der Kreis der Raucherinnen und Raucher ist nicht konstant, da ständig Personen daraus ausscheiden (Beendigung des Konsums, Tod) oder neu hinzukommen (Neukonsumenten).

Bemerkung:

Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring.

Im Sucht-Monitoring-System sind Details zum Zeitraum, welchen sich die befragte Person für die Umsetzung des Aufhörwunsches vorgenommen hat, aufgenommen. Diese Differenzierung wurde 2011 und 2013 im Rahmen des Suchtmonitorings (Split-Modul B) erhoben. Zudem liegt auch ein Indikator zu den Aufhörversuchen vor (21.3 Sucht-Monitoring-System).
In SGB wird nur allgemein nach dem Aufhörwunsch gefragt, ohne weitergehende Informationen zum Zeitraum.

Weiterführende Literatur:

Suchtmonitoring: <http://www.suchtmonitoring.ch/de/1.html>

Kuendig Hervé, Luca Notari und Gerhard Gmel (2014):
Désaccoutumance tabagique en Suisse en 2013 – Analyse des données du
Monitoring suisse des addictions, Lausanne : Addiction Suisse

26.1 Früchte- und Gemüsekonsum 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
26.1	Früchte- und Gemüsekonsum ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anzahl der konsumierten Portionen Früchte und Gemüse pro Tag von Personen ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	A) Telefonische Befragung Fragen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB: - An wie vielen Tagen pro Woche essen Sie gewöhnlich Gemüse oder Salat oder trinken Sie Gemüsesaft? Antwort: Anzahl Tage pro Woche und Anzahl Portionen pro Tag im Durchschnitt. - An wie vielen Tagen pro Woche essen Sie im Durchschnitt Früchte oder trinken Sie Fruchtsäfte? Antwort: Anzahl Tage pro Woche und Anzahl Portionen pro Tag im Durchschnitt. B) 24h-Ernährungsprotokoll des Verzehrs Mittels zwei 24h-Erinnerungsprotokollen kann die täglich konsumierte Menge an Früchten und Gemüse und nach Verknüpfung der verzehrten Lebensmittel mit den Angaben aus der Schweizerischen Nährwertdatenbank die Nährstoffzufuhr berechnet werden. Der Indikator gibt Auskunft darüber, wie die nationale Empfehlung in der Bevölkerung umgesetzt wird mittels Aufzeigen des Anteils von Personen, welche die Empfehlungen einhalten. Der Indikator soll auch darstellen, wie sich der Konsum von Früchten und Gemüse gemessen an Portionen in der Schweizer Wohnbevölkerung verteilt (Kategorien: Konsum an weniger als 5 Tagen pro Woche, max. 2 Portionen an 5 und mehr Tagen, 3-4 Portionen an 5 und mehr Tagen, mind. 2 Portionen Früchte und 3 Portionen Gemüse an 7 Tagen). Die Ernährungsempfehlung ist international und national wie folgt definiert: täglich 5 Portionen (= eine Hand voll) Früchte und Gemüse in verschiedenen Farben, davon 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Früchte (in der Schweiz: gesamthaft 600 g/d). Pro Tag kann eine Portion durch 2 dl ungesüßten Frucht- oder Gemüsesaft ersetzt werden.
Relevanz:	Die Ernährung hat zusammen mit dem Bewegungsverhalten einen zentralen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf verschiedener Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebserkrankungen. Das Ernährungsverhalten wird primär im Kindesalter erlernt, die gesundheitlichen Auswirkungen zeigen sich aber meist erst im Erwachsenenalter (Currie, 2012). Eine wichtige Ernährungsempfehlung ist "5 am Tag", welche den regelmässigen Konsum von Früchten und Gemüse nahe legt. Früchte und Gemüse sind wichtige Lieferanten von Vitaminen, Mineralstoffen, Nahrungsfasern und sekundären Pflanzenstoffen. Die verschiedenen Früchte- und Gemüsesorten verfügen über unterschiedliche Spektren an wertvollen Inhaltsstoffen. Je abwechslungsreicher die Auswahl an verschiedenen Sorten, Farben und Zubereitungsarten (roh, gekocht) ist, desto vielfältiger wird der Körper mit gesunden Inhaltsstoffen versorgt.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator
Themenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Früchte-und Gemüsekonsum ab 15 J.	B) Lebensmittelverzehr ab 18 J.
Messmethode:	Telefonische Befragung (mittels FFQ (Food Frequency Questionnaire))	Persönliches Interview (24h-Erinnerungsprotokoll des Verzehrs: 1x face-to-face, 1x telefonischer und schriftlicher Fragebogen)
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	menuCH
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	2'000 Ab 18 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	1 (2012, veränderter Fragebogen seit 2007)	1 (2014/15)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Offen
Nächste Aktualisierung:	2017	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF-Nr. 16	
Limitierung:	Die WHO empfiehlt eine Menge von 400 Gramm pro Tag. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung empfiehlt 600 Gramm! Die Daten des Jahres 2012 sind aufgrund einer Veränderung der Fragestellungen nicht mehr mit den Befunden der SGB 2007 und älteren SGBs vergleichbar.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 2.1), Gesundheitsförderung Schweiz und Obsan. Ab 2016 stehen die Daten aus menuCH (24h-Erinnerungsprotokoll des Verzehrs) zur Verfügung, welche verlässlichere Angaben liefern als die Befragung via FFQ (Food Frequency Questionnaire) einer durchschnittlichen Woche. Mittels Fragebogen wird in menuCH nach dem Ernährungswissen gefragt u.a. nach der Kampagne „5 am Tag“. Diese Daten könnten bei Bedarf auch verwendet werden. Monitoring-Start mit Personen ab 15 Jahren (statt 18 Jahren wie bei WHO) ist international kompatibel gemäss WHO-Experten (Statistische Datenanpassung wird von WHO gemacht).	
Weiterführende Literatur:	http://menuch.ch/ Currie, C. (Hrsg.). (2012). <i>Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.</i> Copenhagen: WHO.	

MOSEB Indikator 2.1:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07859/index.html?lang=de

26.2 Früchte- und Gemüsekonsum 11-15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
26.2	Früchte- und Gemüsekonsum bei 11-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anzahl der konsumierten Portionen Früchte und Gemüse pro Tag von 11-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Fragen zum Konsum von Früchten und Gemüse aus dem HBSC: - Wie häufig in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Lebensmittel? Antwortmöglichkeit: Obst und Früchte: mindestens 1x/Tag, mind. 1x/Woche, weniger als 1x/Woche, nie. - Antwortmöglichkeit: Gemüse: mindestens 1x/Tag, mind. 1x/Woche, weniger als 1x/Woche, nie. Der Indikator gibt Auskunft darüber, wie die nationale Empfehlung in der Bevölkerung umgesetzt wird: Aufzeigen des Anteils von Personen, welche Empfehlungen einhalten. Der Indikator soll auch darstellen, wie sich der Konsum von Früchten und Gemüse gemessen an Portionen bei den 11-15-Jährigen verteilt. Die Ernährungsempfehlung ist international und national wie folgt definiert: täglich 5 Portionen (= eine Hand voll) Früchte und Gemüse in verschiedenen Farben, davon 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Früchte (in der Schweiz: gesamthaft 600 g/d). Pro Tag kann eine Portion durch 2 dl ungezuckerten Frucht- oder Gemüsesaft ersetzt werden. Achtung: Mit den aktuell zur Verfügung stehenden Daten kann nicht aufgezeigt werden, in welchem Umfang die Kinder von 0 – 15 Jahren die Empfehlungen zum Früchte- und Gemüsekonsum erfüllen. Die Fragestellung und Antwortkategorien ermöglichen nicht, das Einhalten der 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag zu beschreiben.
Relevanz:	Die Ernährung hat zusammen mit dem Bewegungsverhalten einen zentralen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf verschiedener Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebserkrankungen. Das Ernährungsverhalten wird primär im Kindesalter erlernt, die gesundheitlichen Auswirkungen zeigen sich aber meist erst im Erwachsenenalter (Currie, 2012). Eine wichtige Ernährungsempfehlung ist "5 am Tag", welche den regelmässigen Konsum von Früchten und Gemüse nahe legt. Früchte und Gemüse sind wichtige Lieferanten von Vitaminen, Mineralstoffen, Nahrungsfasern und sekundären Pflanzenstoffen. Die verschiedenen Früchte- und Gemüsesorten verfügen über unterschiedliche Spektren an wertvollen Inhaltsstoffen. Je abwechslungsreicher die Auswahl an verschiedenen Sorten, Farben und Zubereitungsarten (roh, gekocht), desto vielfältiger wird der Körper mit gesunden Inhaltsstoffen versorgt.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators

Messmethode:	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	4
Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2018

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:	Für Kinder ist kein Indikator im Rahmen des Global Monitoring Framework (WHO Global NCD Action Plan 2013-2020) vorgesehen. Internationaler Vergleich kann mittels HBSC-Daten durch WHO durchgeführt werden.
Limitierung:	Es gibt keinen national repräsentativen Daten zum Essverhalten für Kinder im Alter von 1 bis 10 Jahren. Die Daten aus dem HBSC sind lückenhaft, da die Antwortkategorien keinen Rückschluss auf das Erfüllen der Empfehlungen ermöglichen.
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 2.2) und Gesundheitsförderung Schweiz.
Weiterführende Literatur:	Currie, C. (Hrsg.). (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO. www.menuch.ch

MOSEB Indikator 2.2:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07859/index.html?lang=de

27 Salzkonsum 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
27	Salzkonsum ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Durchschnittlicher Salzkonsum pro Tag in Gramm bei Personen ab 15 Jahren		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	A) Erhebung 24h Urin Die Salzeinnahme (Natriumchlorid) wird mittels der Salzausscheidung im Urin gemessen. Die Analyse von 24-Stunden-Urinproben liefert eine Annäherung des Salzkonsums in der Bevölkerung. Diese Methode ist die zuverlässigste Erhebung des Salzkonsums, ihre Durchführung ist jedoch aufwändig und kostspielig. B) Befragung Als Alternative zum 24-Stunden-Sammelurin kann der Salzkonsum auch über die 24-Stunden-Erinnerungsprotokolle von menuCH berechnet werden. Der Indikator gibt Auskunft darüber, wie die Empfehlung in der Bevölkerung umgesetzt wird: Aufzeigen des Anteils von Personen, welche Empfehlungen einhalten. Die WHO empfiehlt einen maximalen Salzkonsum von 5 g Salz pro Tag und Person.	
Relevanz:	Ein hoher Salzkonsum erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine erhöhte Salzeinnahme kann zu einem Blutdruckanstieg führen, wobei v.a. Bevölkerungsgruppen wie ältere Menschen, Übergewichtige, Hypertoniker und Salzsensitive gefährdet sind. Zudem besteht zwischen der Salzzufuhr und dem Auftreten eines Magenkarzinoms ein wahrscheinlicher Zusammenhang.	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Erhebung 24h Urin	B) Befragung: 24h Recall Ernährungsprotokoll
Messmethode:	24h Urinproben-Sammlung und Analyse	Persönliches Interview gestützt auf 24h-Erinnerungsprotokoll: 1x face-to-face, 1x telefonisch
Verwendete Datenquelle:	Salzmonitoring	MenuCH
• Stichprobengrösse	1'148 Personen	2'000
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren	Ab 18 Jahren
• Sprachregionen	D,F,I	D,F,I
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht	Alter, Geschlecht, Einkommen
Anzahl Messpunkte:	1 (2010/11)	1 (2014/15)
Frequenz der Erhebung:	Offen	Offen

Nächste Aktualisierung:	Offen (wird 2015 konkretisiert)	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF-Nr. 8	
Limitierung:	Wiederholung der Erhebungen nicht klar, v.a. bezüglich der nationalen Repräsentativität.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 2.5). Methode der WHO für Vergleich berücksichtigen. Für Kinder/Jugendliche 0 – 14 Jahren keine national repräsentativen Daten vorhanden.	
Weiterführende Literatur:		

MOSEB Indikator 2.5 zum Salzkonsum:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07862/index.html?lang=de

28.1 Gesamtenergie-Konsum 18+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
28.1	Gesamt-Energiekonsum ab 18 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Durchschnittliche Energiemenge in kcal, die pro Tag und Person ab 18 Jahren an Lebensmitteln und Getränken konsumiert wird, inkl. prozentuale Verteilung der Makronährstoffe		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	A) Befragung Mittels zwei 24h-Erinnerungsprotokollen (des Verzehrs) und nach Verknüpfung der verzehrten Lebensmittel mit den Angaben aus der Schweizerischen Nährwertdatenbank kann die durchschnittlich konsumierte Energiemenge berechnet und die durchschnittliche prozentuale Verteilung der Makronährstoffe, Kohlenhydrate, Proteine und Fette differenziert ausgewiesen werden. B) Berechnung Die Energie- und Nährstoffversorgung der Bevölkerung kann alternativ auf der Grundlage der Lebensmittelverbrauchsdaten aus der Agrarstatistik geschätzt werden. Mittels Berechnungen des Verbrauchs, des angenäherten Verzehrs und der Verwendung der Schweizerischen Nährwertdatenbanken kann die durchschnittliche Versorgung der Schweizer Bevölkerung an Energie, mit Kohlenhydraten, Proteinen, Fetten und Fettsäuren, Nahrungsfasern und Mikronährstoffen auf der Basis der Agrarstatistik seit 1987/88 verfolgt werden. Der Indikator gibt Auskunft darüber, wie die nationale Empfehlung in der Bevölkerung umgesetzt wird: Aufzeigen des Anteils von Personen, welche Empfehlungen einhalten. Die Empfehlung zur prozentualen Verteilung der Makronährstoffe ist wie folgt definiert: -Kohlenhydrate: mindestens 50% der Energiezufuhr -Fette: um die 30% der Energiezufuhr -Proteine: ca. 15% der Energiezufuhr (DACH-Referenzwerte, 2015)	
Relevanz:	Die Energieaufnahme ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf das Körpergewicht. Erhöhte Aufnahme von Nahrungsenergie kann bei gleichzeitig reduzierter körperlicher Aktivität zu einer Zunahme des Körpergewichts und somit zu Übergewicht führen. Dies wiederum kann die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten begünstigen. Im Jahr 2012 sind 41% der Bevölkerung in der Schweiz übergewichtig oder adipös.	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Befragung: 24h Recall Ernährungsprotokoll	B) Berechnung
Messmethode:	Persönliches Interview gestützt auf 24h-Erinnerungsprotokoll: 1x face-to-face, 1x telefonisch	Berechnung des angenäherten Verzehrs auf der Basis des Pro-Kopf-Verbrauchs aus der Agrarstatistik und mittels Verwendung von Nährwertdatenbanken

Verwendete Datenquelle:	MenuCH	Agrarstatistik, Schweizerische Nährwertdatenbank
• Stichprobengrösse	2'000	-
• Altersgruppen	Ab 18 Jahren	-
• Sprachregionen	D,F,I	-
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Einkommen	Energie pro Tag, Prozentuale Anteile von Kohlenhydrate, Proteine, Fett und Fettsäuren
Anzahl Messpunkte:	1 (2014/15)	3 (1987/88, 2001/02, 2007/08)
Frequenz der Erhebung:	Offen	Offen
Nächste Aktualisierung:	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.	Geplant 2019

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

-

Limitierung:

Eine Erhebung aus 24h-Erinnerungsprotokollen (des Verzehrs) ist eine validere Berechnung der Versorgung als mittels Angaben aus der Agrarstatistik.
Zudem können mittels der Agrarstatistik keine Rückschlüsse auf den Versorgungsgrad einzelner Bevölkerungsgruppen gemacht werden.

Bemerkung:

Indikator liegt nicht vor, ansatzweise jedoch bei MOSEB (Indikator 2.10).

Weiterführende Literatur:

Agrarstatistik: Schmid, A., C. Brombach, S. Jacob, I. Schmid, R. Sieber und M. Siegrist (2012): "Ernährungssituation in der Schweiz". S. 49-126 in: Keller U., Battaglia Richi E., Beer M., Darioli R., Meyer K., Renggli A., Römer-Lüthi C., Stoffel-Kurt N. (2012): Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern: BAG.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Österreichische, Gesellschaft für Ernährung, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung, Schweizerische Vereinigung für Ernährung. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage, 3. vollständig durchgesehener und korrigierter Nachdruck. Neustadt: Neuer Umschau Buchverlag, 2008.

www.menuch.ch

MOSEB-Indikator 2.10 zu Energie- und Nährstoffversorgung:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/13649/index.html?lang=de

28.2 Gesamt-Energiekonsum 0-17 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
28.2	Gesamt-Energiekonsum bei 0 – 17-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Durchschnittliche Energiemenge in kcal, die pro Tag und Person im Alter von 0 – 17 Jahren an Lebensmitteln und Getränken konsumiert wird, inkl. prozentuale Verteilung der Makronährstoffe	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Aktuell gibt es in der Schweiz keine national repräsentative Erhebung, welche die durchschnittlich konsumierte Energiemenge bei den Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 17 Jahren erfasst.
Relevanz:	Die Energieaufnahme ist einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf das Körpergewicht. Erhöhte Aufnahme von Nahrungsenergie kann bei gleichzeitig reduzierter körperlicher Aktivität zu einer Zunahme des Körpergewichts und somit zu Übergewicht führen. Dies wiederum kann die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten begünstigen. Im Jahr 2012 waren 20% aller Schulkinder in der Schweiz übergewichtig oder adipös.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	DATENLÜCKE
Verwendete Datenquelle:	
• Stichprobengrösse	
• Altersgruppen	
• Sprachregionen	
Weitere Datenquellen:	
Disaggregation:	
Anzahl Messpunkte:	
Frequenz der Erhebung:	
Nächste Aktualisierung:	
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	Für Kinder/Jugendliche existieren in der Schweiz keine national repräsentativen Daten
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Eine Anpassung von menuCH für Kinder/Jugendliche wäre sehr wünschenswert, um Daten für diesen Indikator zu haben. Bei der Befragung müssten Eltern UND Kinder einbezogen werden, da Eltern z.B. nicht wissen, was Kinder in der Schulkantine essen. Für Beispielprojekte muss die internationale Literatur konsultiert werden.
Weiterführende Literatur:	-

29 Stillen

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
29	Stillen
Vollständige Bezeichnung:	A) Anteil der gestillten Kinder in Prozenten B) Anteil der Säuglinge, die in den entsprechenden Lebensmonaten ausschliesslich gestillt wurden: im 1. und 2. Lebensmonat; 3. und 4. Lebensmonat; 5. und 6. Lebensmonat; 7. bis 9. Lebensmonat; 10. Lebensmonat und länger
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, Neugeborene während der ersten sechs Monate ausschliesslich zu stillen (nur Muttermilch). In der Schweiz wird die Einführung von Beikost dagegen zwischen dem 5. und dem 7. Lebensmonat empfohlen (SGE 2012, SGE/SGP 2011). Der Indikator gibt Auskunft darüber, wie die nationale Empfehlung bezüglich Stillen in der Bevölkerung umgesetzt wird: Aufzeigen des Anteils von Personen, welche Empfehlungen einhalten. Der Indikator soll die verschiedenen Zusammenhänge zwischen mittlerer Stilldauer, sowie den verschiedenen Merkmalen der Befragten darstellen. Die Daten enthalten zudem Informationen zur Einführung von solider Nahrung (Beikost). A) Stillen wird wie folgt definiert: das Kind erhält Muttermilch, evtl. zusätzlich Tee, Wasser, Säuglingsmilch oder Beikost. Ausschliessliches Stillen: das Kind erhält nur Muttermilch (ohne Tee, Wasser oder Säuglingsmilch). Vorwiegendes Stillen: das Kind erhält Muttermilch und Tee oder Wasser. Volles Stillen: umfasst ausschliessliches und vorwiegendes Stillen, da es manchmal schwierig ist, die beiden Stillformen abzugrenzen. Teilweises Stillen: das Kind erhält Muttermilch und Beikost oder Säuglingsmilch. Somit werden alle Stillformen bei diesem Indikator berücksichtigt: ausschliessliches Stillen, vorwiegendes Stillen, volles Stillen und teilweises Stillen. B) Anteil der Säuglinge, die in den entsprechenden Lebensmonaten ausschliesslich/vorwiegend voll und teilweise gestillt wurden: im 1. und 2. Lebensmonat; 3. und 4. Lebensmonat; 5. und 6. Lebensmonat; 7. bis 9. Lebensmonat; 10. Lebensmonat und länger.
Relevanz:	Das Stillen hat verschiedene positive Langzeiteffekte auf die Gesundheit der Kinder. Unter anderem sind gestillte Kinder besser vor Infektionen und Übergewicht geschützt als ungestillte.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Subindikatoren	A) und B)
Messmethode:	Schriftliche Befragung (retrospektive Befragung und 24h-Ernährungsprotokoll)
Verwendete Datenquelle:	SWIFS Swiss Infant Feeding Study
• Stichprobengrösse	1'650 (2014)

• Altersgruppen • Sprachregionen	- D, F, I
Weitere Datenquellen: Disaggregation:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) Alter; Sprachregion, Bildung, Nationalität, Erwerbstätigkeit, Familiensituation, Gewicht etc.
Anzahl Messpunkte:	1994, 2003, 2014
Frequenz der Erhebung:	Ca. alle 10 Jahre
Nächste Aktualisierung:	Offen
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	WHO/ EU
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 2.7). Die SWIFS-Studie liefert weitere detaillierte Daten rund ums Stillen, die Beikosteneinführung, also der Verabreichung weiterer Nahrungsmittel an die Kinder, die Gabe von Vitamin D und Folsäure an die Mutter bzw. das Kind, die Gesundheit der Eltern, das Wochenbett, etc.
Weiterführende Literatur:	Gross, K., A. Späth, J. Dratva, E. Zemp Stutz (2015): SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr. Basel/Bern: Swiss TPH/BAG.

Indikator MOSEB 2.7 zum Stillen:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07864/index.html?lang=de

30.1 Bewegungsverhalten 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
30.1	Bewegungsverhalten ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Dauer pro Woche in Stunden und Minuten, die mit Bewegung verbracht wird bei Personen ab 15 Jahren		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Die Schweizer Bewegungsempfehlungen lauten deshalb mindestens zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche bei moderater Intensität (150 Minuten pro Woche). Alternativ dazu können 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität (Aktivitäten, die mindestens ein deutlich beschleunigtes Atmen und leichtes Schwitzen verursachen) oder eine Kombinationen verschiedener Intensitäten ausgeführt werden. Idealerweise sollte die körperliche Aktivität auf mehrere Wochentage verteilt werden. Die Bewegungsempfehlungen wurden gemeinsam vom BAG, BASPO, Gesundheitsförderung Schweiz, bfu Beratungsstelle für Unfallverhütung, Suva, Netzwerk HEPA definiert. Mittels Indikator kann aufgezeigt werden, welcher Anteil von Personen ab 15 Jahren die Bewegungsempfehlungen erfüllen (Prävalenz Inaktivität: Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen). Zudem gibt der Indikator darüber Auskunft, wie sich das Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung verteilt nach den Kategorien trainiert, regelmässig aktiv, unregelmässig aktiv, teilaktiv und inaktiv. Es sind zwei verschiedene Messmethoden möglich (vgl. Subindikatoren): A) Befragung B) Objektive Messung via Akzelerometer (aktuell keine Daten für Schweiz)	
Relevanz:	Ungenügende körperliche Aktivität ist der viertwichtigste Risikofaktor für Mortalität. Personen welche inaktiv sind (die Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen) haben ein 20-30% erhöhtes Risiko für die Gesamtmortalität verglichen mit jenen, welche die Bewegungsempfehlungen erreichen. Ausserdem wird geschätzt, dass die Aktiven ihr Risiko für ischämische Herzkrankheiten um nahezu 30% reduzieren, das Risiko für Diabetes um 27% und das Risiko für Brust- und Dickdarmkrebs um 21-25% (WHO). Zusätzliche Bewegung und Sport senken das Risiko für Herzinfarkte, Bluthochdruck und Depressionen. Es ist eine Kerndeterminante für Energieverbrauch und somit zentral für die Energiebilanz und Gewichtskontrolle (WHO).	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Befragung	B) objektive Messung
Messmethode:	Telefonische Befragung	DATENLÜCKE
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	
• Stichprobengrösse	Ca. 20'000	
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren	

• Sprachregionen	D, F, I	
Weitere Datenquellen:	Omnibus 2011 Modul Bewegung, SOPHYA enthält auch gemessene Erwachsenenendaten (Eltern), aber nicht nat. repräsentativ	
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	
Anzahl Messpunkte:	3 (2002, 2007 und 2012)	
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	
Nächste Aktualisierung:	2017	
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF-Nr. 7	
Limitierung:	Daten mit objektiver Messung (Akzelerometermessung) fehlen.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Observatorium Sport und Bewegung, bei Gesundheitsförderung Schweiz, beim Obsan und bei MOSEB (Indikator 3.1). Im Mikrozensus Mobilität und Verkehr gibt es Fragen dazu, warum man nicht aktiv war (ab 6 Jahren). Dies könnte bei Bedarf genutzt werden. SAPALDIA erwägt bei der 3. Nachbefragung Akzelerometer einzusetzen, allerdings ist die Finanzierung noch nicht gesichert. Im Moment wird evaluiert, ob an allen Zentren objektive Messungen durchgeführt werden oder nur im Zentrum in Basel und wie die Messungen finanziert werden. Repräsentativität müsste geklärt werden.	
Weiterführende Literatur:		

MOSEB Indikator 3.1 Bewegungsverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07867/index.html?lang=de

World Health Organization. Global recommendations on physical activity for Health. Geneva: WHO; 2010. Available from:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. Global Recommendation on Physical Activity for Health. 18-64 years old. Available from:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>

World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Geneva: WHO; 2004. Available from:

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Schweizerische Bewegungsempfehlungen

<http://www.hepa.ch/internet/hepa/de/home/dokumentation/grundlagendokumente.html>

30.2 Bewegungsverhalten 6-15 J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
30.2	Bewegungsverhalten bei 6-15-Jährigen	
Vollständige Bezeichnung:	Dauer pro Tag in Stunden und Minuten, die mit Bewegung verbracht wird bei 6-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	BAG und BASPO definieren Inaktivität wie folgt: Inaktiv (engl. inactive): Kinder und Jugendlichen, die die Bewegungsempfehlungen von täglich mindestens einer Stunde Bewegung oder Sport pro Tag als gesundheitswirksame Bewegung, nicht erfüllen. HBSC von Sucht Schweiz, 2002-2014: Antworten auf die Frage: An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten körperlich aktiv? Mittels Indikator kann aufgezeigt werden, welcher Anteil von den Kindern und Jugendlichen die Bewegungsempfehlungen erfüllen (Prävalenz Inaktivität: Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen). Es sind zwei verschiedene Messmethoden möglich (vgl. Subindikatoren): A) Befragung der Kinder/Jugendlichen B) Objektive Messung via Akzelerometer	
Relevanz:	Genügend Bewegung ist für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern essenziell. Inaktivität ist ein anerkannter selbständiger Risikofaktor für nichtübertragbare Erkrankungen. Regelmässige Bewegung ist ein wichtiger Schutzfaktor in Bezug auf viele nichtübertragbare Krankheiten wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2. Für Kinder und Jugendliche wird täglich mindestens eine Stunde Bewegung oder Sport als gesundheitswirksame Bewegung empfohlen. Für die optimale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist ein vielseitiges Bewegungs- und Sportverhalten eine wichtige Voraussetzung.	
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Befragung	B) Objektive Messung
Messmethode:	Schriftliche Befragung	Gemessene Daten via Akzelerometer
Verwendete Datenquelle:	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)	Swiss Children's Objectively Measured Physical Activity (SOPHYA)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I	2'000 6-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung und Einkommen der Eltern
Anzahl Messpunkte:	4	1

Frequenz der Erhebung:	Alle 4 Jahre	-
Nächste Aktualisierung:	2018	Offen
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF-Nr. 6	
Limitierung:	Ein Vergleich mit Resultaten aus Sport Schweiz 2008 legt die Vermutung nahe, dass das Ausmass der körperlichen Aktivität mittels HBSC-Fragebogen unterschätzt wird. Mittels HBSC-Fragebogen werden „sportähnliche“ Aktivitäten wie z.B. Fussballspielen mit Freunden oder Wandern mit den Eltern oft nicht erfasst. Zusätzlich zur Unterbewertung von „Sport im weiteren Sinne“ werden auch die obligatorischen Stunden des Sportunterrichts in der Schule nicht berücksichtigt und es könnten auch Verständnisprobleme bei den allgemeinen Fragen zur körperlichen Aktivität, die mit einem komplizierten Text eingeführt werden, dazu führen, dass das Bewegungsniveau der Kinder unterschätzt wird.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Observatorium Sport und Bewegung, bei Gesundheitsförderung Schweiz und bei MOSEB (Indikator 3.2). Verwendung der gemessenen Daten zu bevorzugen, die Umsetzung der Bewegungsempfehlungen muss aber angepasst werden (Bewegungsempfehlungen gelten für Befragungsdaten) und int. Vergleichbarkeit ist nicht mehr gegeben. Weitere Datenquelle für Gründe, weshalb man nicht aktiv war, könnten mittels Daten aus dem Mikrozensus Mobilität und Verkehr (ab 6 Jahren) ermittelt werden.	
Weiterführende Literatur:	Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) von Sucht Schweiz (vgl. www.sucht-info.ch) Lamprecht, Markus, Adrian Fischer und Hanspeter Stamm (2008): Sport Schweiz 2008: Kinder- und Jugendbericht. Magglingen: Bundesamt für Sport.	

MOSEB Indikator 3.2:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07869/index.html?lang=de

MOSEB Indikator 3.1 Bewegungsverhalten der erwachsenen Wohnbevölkerung

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07867/index.html?lang=de

Bericht von Hanspeter Stamm et al (2012), "HBSC-Studie – Analyse der Aspekte Ernährung und Bewegung" (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05192/05943/index.html?lang=de).

Ausführungen zu Limitierungen der Messung von körperlicher Aktivität: Seite 30.

World Health Organization. Global recommendations on physical activity for Health. Geneva: WHO; 2010. Available from:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. Global Recommendation on Physical Activity for Health. 18-64 years old. Available from:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>

World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Geneva: WHO; 2004:

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Schweizerische Bewegungsempfehlungen

<http://www.hepa.ch/internet/hepa/de/home/dokumentation/grundlagendokumente.html>

31.1 Sitzen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
31.1	Sitzen und Ruhen bei Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anzahl Stunden und Minuten pro Tag, welche im Sitzen und Ruhen verbracht werden bei Personen ab 15 J.	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Schriftliche oder telefonische Frage aus dem IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) ab 15J.: <i>Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB):</i> "Wie lange sitzen Sie insgesamt an einem üblichen Wochentag (Montag bis Freitag)? Zum Beispiel bei der Arbeit, in der Schule, zu Hause, auf dem Weg von einem Ort zum andern oder während der Freizeit, am Tisch, beim Besuch von Freunden, beim Fernsehen oder beim Lesen. Geben Sie bitte einen Durchschnitt pro Tag an." Antwort in Stunden und Minuten pro Tag. Der sitzende Lebensstil zeichnet sich durch einen geringen Energieverbrauch (≤ 1.5 METs) und eine liegende oder sitzende Körperposition bei wachem Zustand der Person aus (Sedentary Behaviour Research Network, 2012). Dabei gilt es den sitzenden Lebensstil von der Inaktivität zu unterscheiden. Als inaktiv werden Personen bezeichnet, welche die Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen (vgl. Indikator 30.1). Der sitzende Lebensstil entspricht einer Lebensweise, die durch viel langandauerndes Sitzen geprägt ist. BAG und BASPO schlagen vor, die Begriffe in deutscher Sprache in Zukunft folgendermassen zu verwenden: • Langandauerndes Sitzen (Englisch: sedentary) für inaktives Verhalten, wie bereits in den Schweizer Bewegungsempfehlungen umgesetzt • Sitzender Lebensstil (Englisch: sedentary behaviour) für eine Lebensweise die durch viel langandauerndes Sitzen geprägt ist • Inaktiv (Englisch: inactive) für Personengruppen zu verwenden, welche die Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen (vgl. Indikator 30.1)
Relevanz:	Sitzende Tätigkeiten sind in der heutigen Zeit weit verbreitet, sei es bei der Arbeit, zu Hause, in der Freizeit oder bei der Fortbewegung. Langandauerndes Sitzen und Ruhen ist ein anerkannter selbständiger Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten. Regelmässiges Unterbrechen des langandauernden Sitzens ist ein wichtiger Schutzfaktor in Bezug auf viele nicht-übertragbare Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2. In der NCD-Prävention und -Kommunikation kommt der Nachricht, dass regelmässiges Sitzen durch körperliche Aktivität unterbrochen werden soll, daher grosse Bedeutung zu.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Sitzdauer in Stunden/Tag	B) Sitzen bei der Arbeit
Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	European Working Conditions Survey (EWCS)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	Ca. 1'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Omnibus 2011; Special Eurobarometer, 2013 „Sport and physical activity“, SAPALDIA (IPAQ long), SOPHYA enthält gemessene Erwachsenenendaten (Eltern), aber nicht nat. repräsentativ	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	1 (2012)	2 (2005, 2010)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017	2015
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	European Commission, Eurobarometer	
Limitierung:	Verfügbare Daten basieren auf Befragungen (aktuell schriftlich), es gibt keine objektive Messung (Akzelerometermessung) in der Schweiz.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 3.6). Es können noch keine Empfehlungen gemacht werden. Noch ist nicht klar, ab welcher Dauer und Häufigkeit der Unterbrechungen, das Sitzen weniger schädlich wird. Das sollen weitere Untersuchungen zeigen. In der Zwischenzeit aber wird empfohlen, die Zeit des Sitzens so gut es geht zu verringern und langes Sitzen zu unterbrechen. Detaillierte Angaben zum EWCS sind im Bericht „Datenquellen für das NCD-Monitoring-System“, Obsan Dez. 2015, zu finden.	
Weiterführende Literatur:	Sitzender Lebensstil beeinflusst Gesundheit negativ (BASPO, BAG 2014) Sonderanalyse Sitzender Lebensstil (Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung 2015)	

MOSEB Indikator 3.6 Sitzen/Ruhen: www.moseb.ch

31.2 Sitzen 6-15 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
31.2	Sitzen und Ruhen bei 6-15-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anzahl Stunden und Minuten pro Tag, welche im Sitzen und Ruhen verbracht werden bei 6-15-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Der sitzende Lebensstil oder die Zeit in Ruhe (ohne Bewegung) lässt sich genau mittels Akzelerometermessungen ermitteln. Ab 2016 werden Daten aus einer nationalen Erhebung für das Bewegungsverhalten von Kindern im Alter von 6-15 Jahren gemessen mit Beschleunigungsmessern zur Verfügung stehen und somit erstmals Aussagen zur Altersgruppe der Kinder ermöglichen auf der Basis von objektiv erhobenen Daten. Der sitzende Lebensstil zeichnet sich durch einen geringen Energieverbrauch (≤ 1.5 METs, gegenwärtig sind 2 MET in Diskussion) und eine liegende oder sitzende Körperposition bei wachem Zustand der Person aus (Sedentary Behaviour Research Network, 2012). Dabei gilt es den sitzenden Lebensstil von der Inaktivität zu unterscheiden. Als inaktiv werden Personen bezeichnet, welche die Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen (vgl. Indikator 30.2). Der sitzende Lebensstil entspricht einer Lebensweise, die durch viel langandauerndes Sitzen geprägt ist. BAG und BASPO schlagen vor, die Begriffe in deutscher Sprache in Zukunft folgendermassen zu verwenden: • Langandauerndes Sitzen (Englisch: sedentary) für inaktives Verhalten, wie bereits in den Schweizer Bewegungsempfehlungen umgesetzt • Sitzender Lebensstil (Englisch: sedentary behaviour) für eine Lebensweise die durch viel langandauerndes Sitzen geprägt ist • Inaktiv (Englisch: inactive) für Personengruppen zu verwenden, welche die Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen (vgl. Indikator 30.2)
Relevanz:	Sitzende Tätigkeiten sind in der heutigen Zeit weit verbreitet, sei es bei der Arbeit, zu Hause, in der Freizeit oder bei der Fortbewegung. Genügend Bewegung ist für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von zentraler Bedeutung. Langandauerndes Sitzen und Ruhen ist ein anerkannter selbständiger Risikofaktor für nichtübertragbare Krankheiten. Regelmässiges Unterbrechen des langandauernden Sitzens ist ein wichtiger Schutzfaktor in Bezug auf viele nichtübertragbare Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2. Bisherige Erkenntnisse zeigen, dass jüngere Personen mehr Zeit im Sitzen verbringen als ältere. Insbesondere bei den 15-34 Jährigen liegt der Anteil derjenigen, die 8.5 Stunden oder mehr am Tag sitzend verbringen, mit 21 Prozent überdurchschnittlich hoch.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators	
Messmethode:	Gemessene Daten via Akzelerometer
Verwendete Datenquelle:	Swiss Children's Objectively Measured Physical Activity (SOPHYA)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	2'000 6-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	Für 11-15 J. : HBSC, mit Frage zu Medienkonsum: Dauer der Zeit vor dem Fernseher, Computer, Smartphone, etc
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung und Einkommen der Eltern
Anzahl Messpunkte:	1
Frequenz der Erhebung:	Offen
Nächste Aktualisierung:	Offen
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	European Commission, Eurobarometer
Limitierung:	Bei Kindern von 0-15 J. besteht eine Datenlücke. Projekt SOPHYA: ab 2016 Daten für Kinder 6-14 J. (Akzelerometermessungen). Alternative Datenquelle als Annäherung für das Sitzen für 11-15J.: HBSC, Medienkonsum oder für die 15-Jährigen: SGB.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Empfehlungen bezüglich der idealen oder negativen Sitzdauer gibt es noch nicht. Untersuchungen diesbezüglich sind am Laufen. Aktuell wird vereinfacht empfohlen, die Zeit des Sitzens so gut es geht zu verringern und langes Sitzen zu unterbrechen. In anderen Ländern (z.B. Kanada gibt es bereits Empfehlungen zur Reduktion der Sitzdauer, jedoch sind sie noch wenig evidenzbasiert. http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/SBGuidelinesChildandYouth_E.pdf)
Weiterführende Literatur:	A. Werkhausen, K. Favero, Th. Wyss (2014): Sitzender Lebensstil beeinflusst Gesundheit negativ. Bundesamt für Sport, Bundesamt für Gesundheit. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 des Bundesamts für Statistik. European Commission, Directorate-General for Education and Culture (2014) Special Eurobarometer 412: Sport and physical activity. European Commission, ohne Ort. Sedentary Behavior Research Network (SBRN), 11 2012.

32 Körperlich aktives Mobilitätsverhalten 6+J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
32	Körperlich aktives Mobilitätsverhalten ab 6 Jahren
Vollständige Bezeichnung: A) Tägliche Unterwegszeit zu Fuss und/oder mit dem Fahrrad in h und min. B) Zurückgelegte Wegstrecken zu Fuss und mit dem Fahrrad pro Person in km C) Anzahl und Anteil Etappen pro Verkehrsmittel	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Langsamverkehr (synonym: Mobilität aus eigener Kraft/ Human Powered Mobility - Im Kontext der Bewegungsförderung wird primär Mobilität aus eigener Kraft verwendet; im Verkehrsbereich spricht man von Langsamverkehr, im Marketing von Human Powered Mobility.) Unter Mobilität aus eigener Kraft wird die Fortbewegung zu Fuss, mit dem Velo oder mit fahrzeugähnlichen Geräten wie dem Trottnett oder den Inlineskates verstanden. Es geht dabei einerseits um die Mobilität um von A nach B zu gelangen (Arbeits-, Einkaufs-, Service- und Begleitwege, andererseits aber auch um die Mobilität als Freizeitaktivität (Spaziergang, Wanderung, Velotour). Der Langsamverkehr, d.h. die Fortbewegung zu Fuss oder mit dem Velo, ist ein wichtiger Teil dessen, was man unter gesundheitswirksamer Bewegung (Englisch: Health Enhancing Physical Activity (HEPA)) versteht. Gesundheitswirksam ist jede Form körperlicher Aktivität, die die Gesundheit verbessert und dabei möglichst wenig unerwünschte Nebeneffekte hat. Charakterisiert wird gesundheitswirksame Bewegung in der Regel durch deren Intensität, Dauer und Häufigkeit. Entscheidend für die Gesundheitseffekte körperlicher Aktivität ist die Gesamtaktivität: Körperliche Aktivität im und ums Haus, zur Fortbewegung (zu Fuss und mit dem Fahrrad), bei der Arbeit oder in der Freizeit. Aus Gesundheitsoptik ist die „Intensität, Dauer und Häufigkeit der Bewegung“ relevant. Deshalb ist die Dauer ein wichtiger Indikator (A). Zudem sollen die Wegstrecke (B) und die Etappen (C) angegeben werden. Letztere sind „der Teil eines Weges, der mit dem gleichen Verkehrsmittel zurückgelegt wird“. Bsp: mit dem Velo zum Bahnhof, mit dem Zug zum Zielbahnhof, zu Fuss zum Zielort. Dieser Weg besteht aus 3 Etappen: Zwei Langsamverkehrs- und eine ÖV-Etappe.) Bei den Etappen beträgt der Langsamverkehr rund 50%. Demzufolge ist dies ein wichtiger Indikator für aktives Mobilitätsverhalten.
Relevanz:	Die Bewegung im Alltag wie etwa das Zufussgehen oder Fahrradfahren hat einen grossen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheit. Genügend körperliche Aktivität bietet einen effektiven Schutz vor zahlreichen körperlichen und psychischen Krankheiten. Aus gesundheitlicher Sicht ist die Bewegungsförderung bei ungenügend Aktiven besonders wichtig, da diese Menschen von mehr körperlicher Aktivität am meisten für ihre Gesundheit profitieren. Zu Fuss gehen und Velo fahren sind besonders gut zugängliche Bewegungsformen für diese Personengruppe. In einer Gesellschaft mit einem immer grösseren Anteil älterer Personen gewinnt der Langsamverkehr als Mittel der täglichen Mobilität eine immer grössere Bedeutung.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	

Subindikatoren	A) Dauer B) Strecke C) Etappen	A) Dauer
Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle: • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Mikrozensus Verkehr und Mobilität des BFS und ARE Ca. 63'000 Wohnbevölkerung ab 6 Jahren D, F, I	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Erfassung der Distanz der Arbeits- und Ausbildungswege auch möglich via MZMV. Einzelne Variablen zu Schul- und Arbeitswegen werden in SOPHYA, SAPALDIA und ENERGY erhoben.	-
Disaggregation:	Aufteilung der Wege nach Fortbewegungsart und Altersgruppe, Anteil der Verkehrsmittel an der Unterwegszeit	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	1984-2010	1 (2012)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre-	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2015 (Publikation 2017)	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	„Dauer“ via IPAQ oder GPAQ international vergleichbar.	
Limitierung:	Erfragte und nicht objektiv erhobene Daten.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 3.4). Ob der Schulweg in der Kindheit/Jugend resp. später der Arbeitsweg physisch aktiv i.d.R. mit Gehen oder mit dem Fahrrad oder aber passiv erfolgt, ist ein wichtiger Prädiktor für die Gesundheit. Der Anteil der Schüler/Werktätigen, die den Arbeitsweg zu Fuss oder per Fahrrad bewältigen, sollte ebenfalls unbedingt monitorisiert werden (Einzelne Variablen dazu in SOPHYA, SAPALDIA und ENERGY oder auch via MZMV möglich). Ab 2015 werden E-Bikes speziell behandelt.	
Weiterführende Literatur:	BFS/ARE (2012): Mobilität in der Schweiz. Ergebnisse des Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2010. Neuchâtel: BFS. Sauter, D. (2014): Mobilität von Kindern und Jugendlichen. Entwicklungen von 1994 bis 2010. (Materialien Langsamverkehr Nr. 135) Bern: Bundesamt für Strassen.	

Indikator MOSEB 3.4 Körperlich aktives Mobilitätsverhalten

[Bundesamt für Gesundheit - Indikator 3.4: Körperlich aktives Mobilitätsverhalten](#)

33 Multifaktorielles Risikoverhalten 15+ J.

Bezeichnung des Indikators

Nr. 33
Kurzbezeichnung Multifaktorielles Risikoverhalten ab 15 Jahren

Vollständige Bezeichnung: Anteil von Personen mit multifaktoriellm Risikoverhalten in Bezug auf Alkohol, Tabak, Bewegung und Ernährung ab 15 Jahren

Definition und Relevanz des Indikators

Definition: Multifaktorielles Risikoverhalten ist vorhanden, wenn zwei oder mehr risikobehaftete Verhaltensweisen im Hinblick auf die Gesundheit in den Bereichen Alkohol, Ernährung, Inaktivität und Tabak vorliegen. Für den Bereich Alkohol sind zwei Subindikatoren aus der gleichen Befragung vorhanden. Ist das Risiko bei mindestens einem von ihnen hoch, zählt das Verhalten in diesem Bereich als risikoreich. Bei mindestens zwei gefundenen risikoreichen Bereichen wird angenommen, dass es sich um multifaktorielles Risikoverhalten handelt. Es werden die Häufigkeiten von einem, zwei, drei und mehr risikoreichen Verhalten dargestellt.

Um das risikoreiche Verhalten jedes Subindikators abzuschätzen, werden sie aufgeteilt nach den beiden Dimensionen „Risiko“ bzw. „kein Risiko“:

Subindikator	Risiko	Kein Risiko
Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum:	Risiko ab >60g/Tag für Männer, >40g/Tag für Frauen ² .	sonst
Episodisch risikoreicher Alkoholkonsum: ¹	5 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit für Männer und 4 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit für Frauen. ²	sonst
Inaktivität	weniger als 150 Minuten Aktivität mit moderater Intensität oder weniger als 75 Minuten Aktivität mit intensiver Intensität (auch Mischformen möglich)	sonst
Früchte/Gemüsekonsum	1 Portion und weniger. ³ Pro Tag kann eine Portion durch 2 dl ungezuckerten Frucht-/Gemüsesaft ersetzt werden	Sonst (Die Empfehlung lautet: Täglich 5 Portionen in verschiedenen Farben, davon 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Früchte. In der Literatur wurde ein tieferes Risiko für das oberste Quintil verglichen mit dem untersten gefunden. Deswegen gilt hier eine Portion und weniger als Risiko) (1)
Täglicher Tabakkonsum	Raucher und Gelegenheitsraucher ⁴	Nichtraucher und Nichtraucherinnen

¹ Es wird vermutet, dass chronischer und episodisch risikoreicher Alkoholkonsum für bestimmte NCDs schädlich ist (4, 6).

² Ein Standardglas = 10 bis 12 g reiner Alkohol: 1dl Wein, 3dl Bier, 4cl Spirituosen.

³ Eine Portion entspricht 120 g.

⁴ Auch geringe Mengen an Tabak erhöhen das Risiko für bestimmte NCDs (2)

Relevanz:	Erkrankungen an nichtübertragbaren Krankheiten werden durch risikoreiches Verhalten wie Inaktivität, Tabakkonsum, hoher Alkoholkonsum und unausgewogenes Essverhalten begünstigt. Um die Gesundheit zu fördern und das Krankheitsrisiko zu minimieren werden Empfehlungen in Bezug zu Verhaltensweisen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Alkohol- und Tabakkonsum propagiert. Das Auftreten von mehreren Risikofaktoren gleichzeitig erhöht das NCD-Erkrankungsrisiko.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse	Ca. 20'000
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren
• Sprachregionen	D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	1 (2012)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Kein vergleichbarer internationaler Indikator verfügbar, die einzelnen Indikatoren zu den Risikofaktoren sind jedoch int. vergleichbar und GMF-Indikatoren.
Limitierung:	Wegen unterschiedlicher Erhebungsbeginne ist nur das Jahr 2012 abbildbar. Andere Datenquellen können nicht einbezogen werden, da es sonst sehr schwierig wäre, daraus einen Index zu bilden. Es liegen befragte und nicht objektiv erhobene Daten vor.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Statt der Typeneinteilung Risiko/kein Risiko könnte auch ein Modell von Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG gewählt werden, welches für die Risikofaktoren Ernährung, Bewegung, Alkohol und Tabak die Unterteilung in vier Typen vornimmt (Risikoperson, Kompensationstyp, passive Schutzfaktortyp, aktive Schutzfaktortyp), vgl. Obsan Rapport 48 La santé en Suisse latine, 2011, S. 115.
Weiterführende Literatur:	1. Bazzano et al. (2004). Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases. Background paper for the joint FAO/WHO workshop on fruit and vegetables for health 1-3 September 2004, Kobe, Japan. 2. Bjartveit K, Tverdal A.(2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tob Control. 14:315-20.

3. Conroy et al. (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur. Heart J. 24: 987-1003.
4. Corrao et al. (2004). Is there a dose-risk relationship between alcohol and disease? Prev Med 38:613-619.

Obsan Rapport 48 La santé en Suisse latine, Analyse des données de l'enquête suisse sur la santé 2007, Mandat de la conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLAAA), 2011

Bericht Eichholzer et al., Lebensstilfaktoren SGB-12 Datenanalyse, vgl. BAG-Webseite „Forschung E&B“

34.1 Job-Stress-Index 18-65 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
34.1	Job-Stress-Index bei 15-64-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Durchschnittlicher Wert des Job-Stress-Indexes bei 15-64-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Der Job-Stress-Index ist ein Index (auf einer Skala 0–100) zum Erfassen die Arbeitssituation in Bezug auf Stress und macht Aussagen über die Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz. Dabei misst er das Verhältnis von Belastungsfaktoren (Stressoren) und Ressourcenfaktoren. Zur Bildung des Index werden die Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz erhoben und das Verhältnis von Belastungsfaktoren (Stressoren) und Ressourcenfaktoren errechnet. Ein tiefer Wert des Job-Stress-Indexes bedeutet mehr Ressourcen als Belastung und ein hoher Wert entspricht mehr Belastung als Ressourcen. Hohe Werte im Job-Stress-Index stehen in einem engen Zusammenhang zu hohen Erschöpfungsraten (vgl. Indikator 48) sowie zu Einschränkungen der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit der erwerbstätigen Bevölkerung. Ein hoher Job-Stress-Index wirkt sich negativ auf die Produktivität aus. Belastungen am Arbeitsplatz beinhalten Zeitdruck, Unsicherheit, wie Arbeitsaufgaben zu erledigen sind, qualitative Überforderung, arbeitsbezogene Probleme und Stress mit Vorgesetzten oder Kollegen. Ressourcen sind zum Beispiel die Unterstützung durch Vorgesetzte, die Wertschätzung, ein angemessener Freiraum bei der Erledigung von Aufgaben oder ganzheitliche Tätigkeiten. Der Job-Stress-Index konzentriert sich nicht auf einzelne Belastungen und Ressourcen, sondern berücksichtigt deren Zusammenspiel.
Relevanz:	Stress kann die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinträchtigen. Stress hat auch einen Einfluss auf die Produktivität und die damit verbundenen Kosten. Kosten können auf verschiedene Weise entstehen wie temporär krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz, reduzierte Produktivität bei der Arbeit, unerwünscht hohe Fluktuation der Arbeitnehmer etc. Der Job-Stress-Index ist eine von drei Kennzahlen (Job-Stress-Index, Erschöpfungsraten, ökonomisches Potenzial), welche aufzeigt, dass Arbeitgebende über die Reduktion von arbeitsbedingten Belastungen und über die Stärkung der arbeitsbezogenen Ressourcen positiv auf Gesundheit, Produktivität und Loyalität der Mitarbeitenden Einfluss nehmen können.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Ebenenordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Online-Befragung des LINK Internet-Panels via S-Tool
Verwendete Datenquelle:	Job-Stress-Index-Erhebungen
• Stichprobengröße	3'438 (2014)
• Altersgruppen	18 – 65 Jahre
• Sprachregionen	D,F,I

Weitere Datenquellen:	Stress-Studie (SECO), Barometer Gute Arbeit (travail.suisse)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Position, Beschäftigungsgrad Grossregion, Sprachregion, Branche
Anzahl Messpunkte:	1 (2014)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich: 2014, 2015, 2016, danach evtl. alle zwei Jahre.
Nächste Aktualisierung:	2015
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Gesundheitsförderung Schweiz. Job-Stress-Index 2014 ist eine neue Erhebung, welche von Gesundheitsförderung Schweiz initiiert wurde. Die ersten drei Erhebungsjahre sind als Längsschnittstudie konzipiert. Der Job-Stress-Index ist die 1. Kennzahl im Rahmen des Arbeitspapiers 26 von Gesundheitsförderung Schweiz „Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz, Job-Stress-Index 2014“. Für die detaillierte Beschreibung des Indikators ist zu prüfen, welche Resultate aus der Job-Stress-Index Erhebung sich am besten eignen für das NCD-Monitoring. Der Index ist eine Zusammenfassung und unter Umständen eignen sich die Einzelresultate besser für den Indikator-Inhalt.
Weiterführende Literatur:	Arbeitspapier 26 von Gesundheitsförderung Schweiz: Link unten

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_002_GFCH_2014-10_-_Monitoring_psychische_Gesundheit.pdf

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_026_GFCH_2014-10_-_Job-Stress-Index_2014.pdf

34.2 Ökonomisches Potenzial

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
34.2	Ökonomisches Potenzial
Vollständige Bezeichnung:	Umfang des ökonomischen Potenzials in CHF, welches mit Verbesserungen im Job-Stress-Index erreicht werden kann
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Im Rahmen des Arbeitspapiers 26 von Gesundheitsförderung Schweiz „Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz, Job-Stress-Index 2014“ ist das ökonomische Potenzial wie folgt beschrieben: Das ökonomische Potenzial (in Franken) zeigt mögliche Produktivitätsgewinne für die Wirtschaft in Zusammenhang mit Verbesserungen des Job-Stress-Index auf. Berechnet wird, inwiefern sich die gesamte Produktivität verbessern würde, wenn für alle Erwerbstätigen ein günstiges Verhältnis von Belastungen und Ressourcen erreicht werden könnte. Die Berechnung des ökonomischen Potenzials von Verbesserungen im Job-Stress-Index erfolgt in drei Schritten: 1. Berechnung des gesundheitsbedingten Produktionsverlustes (siehe Arbeitspapier 26, GFCH) 2. Ermittlung Grösse der Verbesserungspotenziale von ungünstigen Job-Stress-Indizes. Dabei werden drei verschiedene Szenarien formuliert, die sich darin unterscheiden, wo die angenommene Grenze zwischen günstigen und ungünstigen Ressourcen-Stressoren-Verhältnissen verläuft. 3. Ausgehend vom gesundheitsbedingten Produktionsverlust und den Verbesserungspotenzialen im Job-Stress-Index, wird das ökonomische Potenzial der Verbesserung von ungünstigen Ressourcen-Stressoren-Verhältnissen für alle drei Szenarien geschätzt.
Relevanz:	Findet keine vollständige Erholung statt, können Stressreaktionen chronisch werden und Gesundheit und Wohlbefinden beeinträchtigen (Zapf & Semmer, 2004). Stress hat einen Einfluss auf die Produktivität und damit verbundene Kosten. Kosten können auf verschiedene Weise entstehen wie temporäre krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz, reduzierte Produktivität bei der Arbeit, unerwünscht hohe Fluktuation der Arbeitnehmer, gesundheitsbedingte Reduktion des Arbeitspensums, frühzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und aufgrund von Krankheit oder frühzeitigem Tod.
Bezug zur Strategie:	SZ 1: Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren ÜZ 4: Erhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung an Wirtschaft und Gesellschaft
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Online-Befragung des LINK Internet-Panels via S-Tool

Verwendete Datenquelle:	Job-Stress-Index-Erhebungen
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	3'438 (2014) 18 – 65 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	Stress-Studie (SECO), Barometer Gute Arbeit (travail.suisse)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Position, Beschäftigungsgrad Grossregion, Sprachregion, Branche
Anzahl Messpunkte:	1 (2014)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich: 2014, 2015, 2016, danach evtl. alle zwei Jahre.
Nächste Aktualisierung:	2015
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Gesundheitsförderung Schweiz. Job-Stress-Index 2014 ist eine neue Erhebung, welche von Gesundheitsförderung Schweiz initiiert wurde. Aufgrund dieses Indexes wird das ökonomische Potential berechnet. Die ersten drei Erhebungsjahre sind als Längsschnittstudie konzipiert. In der Berechnung 2015 wurden einige Anpassungen vorgenommen, die Daten sind aber zwischen den Jahren trotzdem vergleichbar! Indikator ist abhängig vom Indikator „Job-Stress-Index“ (Indikator Nr. 34.1).
Weiterführende Literatur:	Arbeitspapier 26 von Gesundheitsförderung Schweiz: Link unten Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Ed.), Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III (pp. 1007-1112). Göttingen, Germany: Hogrefe.

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_026_GFCH_2014-10_-_Job-Stress-Index_2014.pdf

35 Gesundheitswissen 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
35	Gesundheitswissen ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	Verteilung des Gesundheitswissens (Index zu Health Literacy) bei Personen ab 15 Jahren.
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Das HLS-EU Consortium hat den European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q) entwickelt, um die Health Literacy annähernd messen zu können (Sorensen, et. al, 2013). In mehreren EU-Ländern wurde ein Health Literacy Survey (HLS-EU) mit dem Instrument HLS-EU-Q durchgeführt. Analog soll der HLS-EU in der Schweiz umgesetzt werden. Anhand der 47 Kernfragen des HLS-EU-Q wird die Gesundheitskompetenz in einem face-to-face-Interview im Jahr 2015 erfragt. Für die Replikation der Befragung wird der Einsatz der Kurzform (Short Scale) mit 16 Fragen in Rahmen des Omnibus des Bundesamts für Statistik (BFS) geprüft (telefonische Befragung). Subindikatoren: A) Health Literacy Survey der EU mit 47 Items: HLS-EU-Q47 (Standardversion) B) Health Literacy Survey der EU mit 16 Items: HLS-EU-Q16 (Short Version) Das Messinstrument hat zum Ziel, die Probleme der Bevölkerung im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu identifizieren, wie auch das Niveau der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) differenziert zu beschreiben. Dabei werden vier Kompetenzen (Finden; Verstehen; Bewerten und Anwenden [von Gesundheitsinformationen]) in Bezug auf drei Bereiche (Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Krankheitsbewältigung) unterschieden. Die 47 Fragen haben je vier Antwortkategorien: „Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig, wie würden Sie die die Einstufung der folgenden Aufgabe vornehmen...: sehr schwierig, schwierig, einfach, sehr einfach, weiss nicht“. Gemäss der Definition von Abel und Bruhin (2003) ist Gesundheitskompetenz eine „wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Solches Wissen ist in erster Linie alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper genauso wie mit den gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen. Dieses Wissen ist primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Zur wissensbasierten Gesundheitskompetenz gehört neben dem alltagspraktischen auch spezialisiertes Wissen z.B. über individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken oder über Massnahmen zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen.“
Relevanz:	Aus gesundheitsförderlicher Sicht kann Gesundheitskompetenz dazu beitragen, dass Menschen gesund leben, ihre Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit einbringen und verwirklichen können. Damit ist Gesundheitskompetenz eine Ressource, welche die soziale Chancengleichheit für gute Gesundheit erhöht und die Mitwirkung im System ermöglicht oder zumindest verbessert. Gesundheitskompetenz ist aber auch ein Faktor, der die Nutzung der gesundheitlichen Versorgungsangebote mitbestimmt. In den letzten Jahren ist Gesundheitskompetenz aus gesundheitsökonomischen Überlegungen stärker ins Zentrum des gesundheitspolitischen Interesses gerückt. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist ein wichtiges Ziel im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020.
Bezug zur Strategie:	SZ 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) HLS-EU-Q47 (Standardversion)	B) HLS-EU-Q16 (Short-Version)
Messmethode:	Persönliche Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Erhebung Gesundheitskompetenz 2015	Omnibus BFS Modul
- Stichprobengrösse - Altersgruppen - Sprachregionen	1'100 Ab 15 Jahren D,F,I	5'000 15-74 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund	Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung
Anzahl Messpunkte:	1 (2015)	Keine (Short Version des FB muss noch implementiert werden.
Frequenz der Erhebung:	Offen	Offen
Nächste Aktualisierung:	Offen	Offen
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	European Health Literacy Survey HLS- EU	
Limitierung:	Bei der Vergleichbarkeit von verschiedenen Erhebungen mit dem HLS-EU-Q muss die Methodik geprüft werden. Eine Erhebung mittels persönlichem (face-to-face) Interview ist nicht gleich zu werten wie mittels Telefoninterview.	
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Der Einsatz des HLS-EU-Q16 (Short-Version) als Grundlage für die Wiederholung der Befragung muss noch intensiv geprüft werden (Finanzierung, Partnerschaften, Nutzung evt. Omnibus BFS, etc.) Im HLS-EU-Q47 (long version) wird danach gefragt, wie schwierig man es einschätzt, Informationen zu Alkohol, Tabak, Bewegung, Ernährung zu erhalten: Fragen (17, 20, 21, 24). Diese Fragen könnten für die Indikatoren zu „Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums“, „Wissen über Schädlichkeit von Tabakkonsum“, Wissen über Ernährung“ und „Wissen über Bewegung“ genutzt werden (Indikatoren 36.1 – 36.4).	

Weiterführende Literatur:

Abel, T., & Bruhin, E. (2003). Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In B. f. g. Aufklärung (Ed.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (pp. 128-131). Schwabenstein a. d. Selz: Peter Sabo.

HLS-EU Consortium (2012): Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht.

Pelikan, JM, Röthlin, F, Ganahl K (2012): Die Gesundheitskompetenz der Österreichischen Bevölkerung– nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie. LBIHPR Forschungsbericht. (undisclosed)

Sorensen, Kristine, Stefan Van den Broucke, Jürgen M. Pelikan, James Fullam, Gerardine Doyle et al. on behalf of the HLS-EU Consortium (2013): Health literacy in Europe: Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 13, 948.

Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J et al. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12, 80. (Definition Health Literacy)

Q16-Studie aus Deutschland: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/gesundheitskompetenz/wido-monitor_2_14.pdf

<http://www.health-literacy.eu>

36.1 Wissen über gesundheitliche Auswirkungen von Alkohol 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
36.1	Wissen über gesundheitsrelevante Risiken des Alkoholkonsums bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil der Personen ab 15 Jahren, deren Einschätzung zu diversen Risiken des Alkoholkonsums korrekt ist	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Personen ab 15 Jahren, deren Einschätzung zu diversen Risiken des Alkoholkonsums (siehe Auflistung unten), korrekt ist. <i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split A, Modul «Gesundheit und Wissen»:</i> A) G002: Nun lese ich Ihnen einige Aussagen vor und möchte Ihre Meinung dazu wissen. a. Etwa 20% der tödlichen Verkehrsunfälle werden durch zu hohen Alkoholkonsum verursacht. b. Ab 2 Gläsern Alkohol steigen die negativen Auswirkungen beim Auto- oder Motorradfahren stark an c. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann dem ungeborenen Kind schaden <i>(korrekt sind bei allen 3 Aussagen die Antworten «trifft sicher zu, trifft eher zu»)</i> B) G005/6: Was glauben Sie, wie viele Gläser Alkohol könnte (a) ein gesunder Mann, (b) eine gesunde Frau im Zeitraum von 6 Stunden trinken, bevor er/sie ein Risiko für seine/ihre Gesundheit eingeht? Antwortkategorien: immer, 1, 2, 4, 5, 6, 8, 12 Gläser <i>Korrekt: Die Frage zielt auf (a): 4 Gläser, (b) 5 Gläser ab. Jedoch ist auch „2 Gläser oder weniger“ korrekt, da das Risiko für akute Folgen auch schon bei geringer Konsummenge erhöht ist (abhängig vom Verhalten), da die Reaktionszeit und Wahrnehmungsfähigkeit schon bei geringer Konsummenge vermindert ist (vgl. Eckadt et al. 1998)</i> C) G007/8: Wissen Sie, ab welcher konsumierten Alkoholmenge in der Schweiz von Bingertrinken oder Rauschtrinken gesprochen wird? Was denken Sie, wie viele Gläser bei einer Gelegenheit sind das? <i>Korrekt: (a) Anteil Personen, die angeben, Bescheid zu wissen, (b) Anteil Personen, die die geltende Definition kennen: ab 40-48 Gramm Reinalkohol (= 4+ Standardgläser) für Frauen, 50-60 Gramm (5+ Standardgläser) für Männer:</i>
Relevanz:	Alkoholkonsum ist Mitursache vieler Krankheiten und erhöht das Unfall- und Gewaltisiko. Sensibilisierung und Wissen über mögliche schädliche Auswirkungen des Konsums ist Teil der Gesundheitskompetenz. Durch Kenntnis des Wissenstands der Bevölkerung kann möglicher Aufklärungsbedarf identifiziert werden.
Bezug zur Strategie:	SZ 2: Verbesserung Gesundheitskompetenz
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators	
Subindikatoren	A) Alkoholwissen B) Alkoholauswirkungen C) Gesundheitsrisiko durch Alkohol
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Suchtmonitoring SUMO, Spezialmodul
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	2'500 15-75+ Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	HLS-EU-Q47: Einzelne Frage zu Alkohol, Weiterführung aber offen.
Disaggregation:	Nach Konsumklassen, ev. Bildungsgrad; Erwerbsstatus
Anzahl Messpunkte:	3 (2012, 2014, 2016)
Frequenz der Erhebung:	Keine weitere geplant. Ca. alle 4-5 Jahre wünschenswert.
Nächste Aktualisierung:	-
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System:15.1 International: -
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen von Suchtmonitoring. Keine weitere Erhebung geplant, ca. alle 4-5 Jahre wünschenswert. Im Modul wurden noch weitere Fragen gestellt, hier Beschränkung auf die wichtigsten. Dieser Indikator ist ausschliesslich alkoholspezifisch und als Ergänzung zum Indikator „Gesundheitswissen“ Nr. 35 geplant.
Weiterführende Literatur:	Marmet Simon, Luca Notari und Gerhard Gmel (2014). Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft Wissen und Einstellungen zum Thema Alkohol und Gesundheit in der Schweiz im Jahr 2014, Lausanne: Sucht Schweiz. Suchtmonitoring, Schweiz: http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/marmet_ipmntvb307sj.pdf

36.2 Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
36.2	Wissen über die Schädlichkeit von Tabakkonsum bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren.
Vollständige Bezeichnung:	Anteil der Personen, deren Einschätzungen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums (gesundheitliche Auswirkungen und Sterblichkeit) korrekt ist
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Personen, deren Einschätzungen zur Schädlichkeit des Tabakkonsums (gesundheitliche Auswirkungen und Sterblichkeit) korrekt ist. <i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split B, Modul «Dangerosité»</i> • TDA02: Glauben Sie, dass Ihr Tabakkonsum für Ihre Gesundheit schädlich ist? • TDA03a: 2-3 Zigaretten pro Tag rauchen ist für die Gesundheit nicht schädlich • TDA03c: Der Tabakkonsum ist die wichtigste Ursache für vorzeitige, vermeidbare Todesfälle in der Schweiz <i>Neue Fragen:</i> • Reduziert der regelmässige Konsum von Zigaretten die Lebenserwartung durchschnittlich um 3, 5, 10 oder 15 Jahre? • Wird durch eine Halbierung des Tabakkonsums auch das Gesundheitsrisiko halbiert? • Neue Produkte wie elektronische Zigaretten oder Tabakinhalatoren sind nicht gesundheitsschädigend.
Relevanz:	Tabak ist ein natürlich schädigendes Suchtmittel. Seine breite gesellschaftliche Akzeptanz ist historisch und kulturell bedingt. Das Wissen der Bevölkerung um die Schädlichkeit von Tabakerzeugnissen ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz von Präventionsmassnahmen. Es ist die treibende Kraft für den Entscheid, nicht bzw. nicht mehr zu rauchen.
Bezug zur Strategie:	SZ 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Gesundheitskompetenz
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	CoRoIAR (Suchtmonitoring)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	5'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	HLS-EU-Q47: Einzelne Frage zu Tabak, Weiterführung aber offen.
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung
Anzahl Messpunkte:	1
Frequenz der Erhebung:	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt

Nächste Aktualisierung:	2015
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System: 15.2 International: -
Limitierung:	-
Bemerkung :	Indikator liegt vor im Rahmen vom Suchtmonitoring. Wünschenswert: der Indikator sollte alle 3-4 Jahre erhoben werden. Dieser Indikator ist ausschliesslich tabakspezifisch und als Ergänzung zum Indikator „Gesundheitswissen“ Indikator Nr. 35 geplant. Die erste Frage aus dem Modul (TDA02) ist Basis des Indikators. Die Einleitungsfrage (TDA02) wurde im Suchtmonitoring an die gesamte Stichprobe (ca. 5000) gestellt, für die nachfolgenden Fragen TDA03/04 erfolgte ein nochmaliges Split 50/50. Voraussetzung für die Darstellung des Indikators ist eine Einteilung der Antwortmöglichkeiten in „korrekt“ und „nicht korrekt“ (analog Indikator 15.1 aus Sucht-Monitoring-System)
Weiterführende Literatur:	www.suchtmonitoring.ch

36.3 Wissen über Risikofaktor unausgewogene Ernährung 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
36.3	Wissen über Risikofaktor unausgewogene Ernährung ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung:		
A) Geschätzte präventive Wirkungen von Ernährung auf verschiedene Krankheiten: Prozentuale Verteilung in Bezug auf die Antwortkategorien		
B) Bedeutung der Ernährungsempfehlungen für die Bevölkerung: Verteilung der Wichtigkeit pro Ernährungsbotschaft		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	A) Frage: Welchen Einfluss hat ihrer Meinung nach die Ernährung auf die Vorbeugung von folgenden Krankheiten? Übergewicht, erhöhtes Cholesterin, Herz-Kreislaufkrankheiten, Karies, Bluthochdruck, Diabetes Typ II, Lebensmittel-Allergien, Osteoporose, Gelenkserkrankungen, Krebs, Kopfweh/Migräne. Antwortmöglichkeiten: grosser, geringer, kein Einfluss, weiss nicht.	
	B) Frage: Welche Bedeutung haben folgende Ernährungsempfehlungen für Sie: viel Gemüse/Salat/Früchte; abwechslungsreich; genügend Nahrungsfasern; auf Fett-Ölsorten achten; regelmässig Milchprodukte; regelmässig essen; nicht zu stark salzen; regelmässig Fisch; nicht zu viel Fleisch; auf den Cholesterinspiegel achten; Bioprodukte; Portionen immer kleiner wählen, als das Auge möchte; Light-Produkte; Kalorienbedarf täglich ausrechnen. Antwortmöglichkeiten: wichtig; es geht so; nicht wichtig; weiss nicht.	
Relevanz:	Wer sich ausgewogen ernähren will, muss wissen, wie sich eine ausgewogene Ernährung zusammensetzt. Als wichtige Motivation für die Umsetzung einer ausgewogenen Ernährung ist es von Vorteil, die präventiven Wirkungen dieser zu kennen. Empfehlungen zum ausgewogenen und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene sind in der Schweizer Lebensmittelpyramide der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung und des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen dargestellt. Eine ausgewogene Ernährung deckt den Bedarf an Energie und Nährstoffen, vermeidet eine überschüssige Energiezufuhr, beeinflusst das geistige und körperliche Wohlbefinden positiv und trägt dazu bei, die Gesundheit zu erhalten und ernährungsabhängigen Krankheiten vorzubeugen. Die Ernährung hat auch einen relevanten Einfluss auf biologische Risikofaktoren von nicht-übertragbaren Krankheiten wie Bluthochdruck, Übergewicht und Bauchumfang.	
Bezug zur Strategie:	SZ 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Schätzung präventive Wirkung von Ernährung	B) Bedeutung Ernährungsempfehlungen
Messmethode:	Online-Befragung 2009, telefonische Befragung 2014	Telefonische Befragung

Verwendete Datenquelle:	Coop-Studie Ess-Trends im Fokus 2009 und Omnibus BFS 14	Nutri-Trend 2000 und Omnibus BFS 14
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	500 (2009-2011) 15-74 Jahre 2009: D, F; 2014: D, F, I	1'004 (2000) 15-74 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	Schweizerische Jugendbefragung (ch-x) (Frage 51, siehe Bemerkungen)	HLS-EU-Q47: Einzelne Frage zu Ernährung, Weiterführung aber offen.
Disaggregation:	Alter, Geschlecht	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	2 (2009, 2014)	2 (2000, 2014)
Frequenz der Erhebung:	Offen	Keine Weiterführung
Nächste Aktualisierung:	Offen	Keine Weiterführung
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	-	
Limitierung:	Vergleichbarkeit zwischen den Messpunkten wird dadurch eingeschränkt, dass die Methodik leicht unterschiedlich war, da sowohl die Coop-Studie Ess-Trends im Fokus, wie auch Nutri-Trend nicht mehr wiederholt werden.	
Bemerkung:	Indikator liegt in vergleichbarer Weise vor bei MOSEB (Inhalte aus Indikatoren 1.3 und 1.5). Die Datenquellen Coop-Studie Ess-Trends im Fokus und Nutritrend werden nicht weitergeführt. Zukünftig muss eine Lösung (allenfalls mit weiterem Omnibus BFS) gesucht werden. Frage aus Ch-x: „Wenn ich, etwas für meine Gesundheit tun möchte (z.B. mich gesund ernähren,...) weiss ich, wo ich mich informieren kann“. Jedoch wird die Jugendbefragung nur in Rekrutierungszentren (19-Jährige) durchgeführt.	
Weiterführende Literatur:	Coop (2009): Ess-Trends im Fokus. Essen und Gesundheit. (September 2009). Basel: Coop. Nutri-Trend-Studie 2000 (Nestlé), telefonische Interviews, n=1004. Es existieren keine neueren Daten zu Nutri-Trend, die Studie wurde nicht fortgesetzt. Ernährungsempfehlungen: Schweizer Lebensmittelpyramide: www.sge-ssn.ch	

MOSEB-Indikatoren zu Wissen Ernährung: 1.3 und 1.5: www.moseb.ch

36.4 Wissen über Wirkung Bewegung 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
36.4	Wissen über Wirkung Bewegung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	A) Einschätzung des nötigen zeitlichen Umfangs der Bewegung, damit die persönliche Gesundheit davon profitiert B) Begriffe, welche die Bevölkerung der Schweiz mit Sport in Verbindung bringt
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	A) Einschätzung des Bewegungsumfangs für persönliche Gesundheit: Frage: Was haben Sie das Gefühl: Wie anstrengend muss Bewegung sein, damit ihre Gesundheit davon profitiert? Sie sie mir bitte, welche Antwort Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. - Jede Bewegung tut der Gesundheit gut - mind. 10 min. täglich - mind. Eine halbe Stunde täglich - mind. 2 mal pro Woche eine Stunde - mind. 5 Stunden pro Woche - weiss nicht B) Begriffe, welche die Bevölkerung der Schweiz mit Sport in Verbindung bringt. Frage: Sport hat heute die unterschiedlichsten Seiten. Was verstehen Sie selbst unter Sport? Wählen Sie aus der folgenden Liste die wichtigsten Begriffe an, die Sie persönlich mit Sport verbinden. Bsp: Gesundheit, Bewegung, Freude/Spas, Fitness, Training, Körpergefühl, Anstrengung/Schweiss, Entspannung, Kameradschaft/Gemeinschaft, etc. Für Erwachsene empfehlen das Bundesamt für Sport, das Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz, die Suva und die bfu gemeinsam über das "Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz" (hepa.ch) mindestens zweieinhalb Stunden Bewegung pro Woche in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport mit mindestens "mittlerer" Intensität, d.h. Aktivitäten, bei denen man zumindest etwas ausser Atem, aber nicht unbedingt ins Schwitzen kommt (Basisempfehlung). Alternativ dazu werden 75 Minuten Sport oder Bewegung mit hoher Intensität (Aktivitäten, die leichtes Schwitzen verursachen) oder Kombinationen von Bewegung mit verschiedenen Intensitäten empfohlen. Eine erfolgreiche Bewegungs- und Sportförderung ist darauf angewiesen, dass körperliche Aktivitäten durch die Zielgruppen positiv wahrgenommen werden. Um die Wahrnehmung in der Bevölkerung abzuschätzen wurden Begriffe, welche die Bevölkerung der Schweiz mit Sport in Verbindung bringt erhoben.
Relevanz:	Die Kenntnis der Bewegungsempfehlungen und die positive Wahrnehmung von Bewegung und Sport ist wichtig, um einen gesunden Lebensstil pflegen zu können und ausreichend Motivation zu haben für mehr Bewegung.
Bezug zur Strategie:	SZ 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Themenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact

Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Einschätzung gesunder Bewegungsumfang	B) Begriffe in Verbindung mit Sport
Messmethode:	Telefonische Befragung	Online-Befragung
Verwendete Datenquelle: • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Sport Schweiz 1'008 (2008) 15-74 Jahre D, F, I	Sport Schweiz 6'880 (2014) 15-74 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	Schweizerische Jugendbefragung (ch-x) (Frage 51, siehe Bemerkungen)	HLS-EU-Q47: Einzelne Frage zu Bewegung, Weiterführung aber offen.
Disaggregation:	-	-
Anzahl Messpunkte:	2008, 2014	2014
Frequenz der Erhebung:	Offen	-
Nächste Aktualisierung:	Weiterführung geplant, aber offen wann	Weiterführung geplant, aber offen wann
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	-	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt in vergleichbarer Weise vor bei MOSEB (Inhalte aus Indikatoren 1.7 und 1.8). Frage aus ch-x: „Wenn ich etwas für meine Gesundheit tun möchte (z.B. mich gesund ernähren,...) weiss ich, wo ich mich informieren kann“. Jedoch wird die Jugendbefragung nur in Rekrutierungszentren (19-Jährige) durchgeführt.	
Weiterführende Literatur:	Lamprecht M., A. Fischer und H. Stamm (2008): Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung. Magglingen: Bundesamt für Sport. Bewegungsempfehlungen: Gesundheitswirksame Bewegung: www.hepa.ch	

MOSEB-Indikatoren zu Wissen Bewegung 1.7 und 1.8: www.moseb.ch

36.5 Wissen über Wirkung des Körpergewichts 15+ J.

Bezeichnung des Indikators

Nr. **Kurzbezeichnung**
36.5 Wissen über Wirkung des Körpergewicht ab 15 Jahren

Vollständige Bezeichnung:

- A) Wahrgenommene gesundheitlichen Risiken von Übergewicht
- B) Wahrgenommene Möglichkeiten des Individuums für ein gesundes Körpergewicht
- C) Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht

Definition und Relevanz des Indikators

Definition: Wissen über die Wirkung des Körpergewichts auf die Gesundheit anhand des Wissens über den Zusammenhang von Körpergewicht, Ernährung und Bewegung ab 15 Jahren:

- A)** Antworten auf eine offene Frage nach den Gesundheitsrisiken als Folge von Übergewicht: "Was sind die häufigsten Krankheiten, die durch Übergewicht entstehen können?"
- B)** Kategorisierte Antworten auf eine offene Frage nach Massnahmen zur Erreichung eines gesunden Körpergewichts: "Und was kann jeder einzelne tun, um ein gesundes Körpergewicht zu erhalten oder zu erreichen?"
- C)** Zufriedenheit mit eigenem Körpergewicht und Wunsch nach Gewichtsveränderung: Antworten auf die Fragen: "Möchten Sie Ihr Gewicht verändern? Und welche von den folgenden Aussagen trifft auf Sie zu? Ich möchte abnehmen, aber das ist nicht meine grösste Sorge. / Ich möchte abnehmen und denke ständig daran. / Ich möchte zunehmen, aber das ist nicht meine grösste Sorge. / Ich möchte zunehmen und denke ständig daran."

A) und B) Beschreibung des Wissens über die Wirkung von Übergewicht auf die Gesundheit und des Wissens über den Zusammenhang von Körpergewicht, Ernährung und Bewegung.

C) Die Zufriedenheit mit dem Körpergewicht, bzw. der Wunsch nach Gewichtsveränderung wird hier als Platzhalter und Teil des Konstrukts „Gesundes Körperbild (Healthy Body Image – HBI)“ aufgenommen.

Im Forschungskontext umfasst der Begriff „Körperbild“ Emotion, Kognition, perzeptive Prozesse sowie pathologische Aspekte. Wie man seinen Körper empfindet, ist verbunden mit Konsequenzen der eigenen Akzeptanz und mit dem daraus resultierenden Verhalten. Das Körperbild ist deshalb von Person zu Person unterschiedlich. In diesem Kontext gilt es zu unterscheiden zwischen positivem, neutralem oder negativem Körperbild. Ein positives Körperbild bedeutet: Die Person fühlt sich wohl in ihrem oder seinem Körper, so wie er ist, sie empfindet Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, sie kümmert sich um die eigenen Körperbedürfnisse, letzterer ist sie sich bewusst und trägt dazu Sorge. Dies geht meistens auch mit förderlichen positiven Verhaltensweisen einher. Es zeigt sich im Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie in der Anwendung positiver Bewältigungsstrategien wie «Media Literacy» und «Protective Filtering», d. h. der Fähigkeit, aus der heutigen Informationsflut die für die eigene Person günstigen und stärkenden Inhalte herausfiltern zu können. Ein negatives Körperbild hingegen steht für Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Dabei können auch nur einzelne Körperteile besonders abgelehnt werden, bis hin zum ganzen Körper. Ein negatives Körperbild betrifft nicht nur problembelastete (übergewichtige oder untergewichtige) Jugendliche. Eine Unzufriedenheit mit dem Körper kann auch bei einem «normalen» Körper entstehen

A) und B) Ein wichtiges Ziel ist es, das Wissen und die Einstellung der Multiplikatoren zu Ernährung, Bewegung und Körpergewicht zu erhöhen bzw. zu stärken.

Um feststellen zu können, ob und inwiefern dies erreicht worden ist, werden seit 2006 in regelmässigen Abständen repräsentative Bevölkerungsbefragungen durchgeführt. Dabei werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ihrem Wissensstand und ihrer Wahrnehmung bzw. Einstellung zu den Themen Ernährung, Bewegung und Körpergewicht befragt.

	C) Eine positive Einstellung zum eigenen Körper ist Voraussetzung dafür, dass Massnahmen für eine gesunde Ernährung und mehr Bewegung bei Kindern und Jugendlichen greifen.	
Relevanz:	Eine ausgeglichene Energiebilanz (Balance zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch) und der Erhalt eines gesunden Körpergewichts sind wichtige Faktoren für die Prävention von nicht-übertragbaren Erkrankungen. Das Wissen über den Zusammenhang von Körpergewicht, Ernährung und Bewegung zu vermitteln, war in den vergangenen Jahren das Ziel verschiedener Informationskampagnen und auch der kantonalen Aktionsprogramme gesundes Körpergewicht. Es ist die Grundlage für einen gesunden Lebensstil.	
Bezug zur Strategie:	SZ 2: Verbesserung der Gesundheitskompetenz	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Ebenenordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
	A) Gesundheitsrisiken aufgrund Übergewicht B) Massnahmen Gewichtsverlust	C) Zufriedenheit mit Körpergewicht und Wunsch Gewichtsveränderung
Messmethode:	Telefonische Befragung	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Bevölkerungsbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz/Universität Lugano	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
Stichprobengrösse Altersgruppen Sprachregionen	Ca. 1'000 Ab 16 J. D, F, I	11'042 (2012) Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Special Eurobarometer-Studien: 246 (2005, n=14'682) und 283 (2007, n=28'660)	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Sprachregion, Nationalität	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	3	4
Frequenz der Erhebung:	Alle 3 Jahre bis 2012.	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	Wird nicht mehr erhoben.	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Eurobarometer/European Commission	
Limitierung:	Da nicht in allen Fällen vergleichbare Angaben aus den Jahren 2006 bis 2012 vorlagen, sind nicht für alle Daten Zeitvergleiche vorhanden. Dies betrifft aber nicht die im Indikator gewählten Variablen.	
Bemerkung:	Indikator liegt in vergleichbarer Weise vor bei MOSEB (Inhalte aus Indikatoren 1.3 und 4.7). Hinweis: In der Bevölkerungsbefragung sind die Untergewichtigen als Personen mit einem BMI < 20kg/m ² definiert.	

Weiterführende Literatur:

Dubowicz, A., A-L. Camerini, R. Ludolph, J. Amman und P.J. Schulz (2013): Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung. Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012. (Arbeitspapier 6) Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Eurobarometer/European Commission (2007): Health and Food (Special Eurobarometer 246, November-December 2005).

Eurobarometer/European Commission (2007): Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283, May-June 2007).

Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 3 und 29 zum gesunden/positive Körperbild

MOSEB-Indikator 1.3 (Grafik A und Grafik C) Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegung und gesundem Körpergewicht: www.moseb.ch

MOSEB-Indikator 4.7 Wunsch nach Gewichtsveränderung und Diäterfahrung

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07882/index.html?lang=de

Arbeitspapier 3 Gesundes Körperbild – Healthy Body Image

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_003_GFCH_2013-03_-_Healthy-Body-Image.pdf

Arbeitspapier 29 Positives Körperbild bei Jugendlichen

http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/d-ueber-uns/5-downloads/Arbeitspapier_029_GFCH_2014-12_-_Positives_Koerperbild_bei_Jugendlichen.pdf

37 Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
37	Kantonale Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention
Vollständige Bezeichnung:	Verhältnis des Budgets für Prävention und Gesundheitsförderung zum Spitalbudget der kantonalen Gesundheitsdirektionen
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Berechnung der kantonalen Ausgaben der Kantone für Prävention aufgrund der Statistik des BFS Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, welche die Kosten im Gesundheitswesen pro Jahr minus Unfallkosten darstellt (eine Synthese aus sämtlichem verfügbaren Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme welche mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres). Die Kategorien Spital, Heime, Psychiatrie und Ambulant wurden von Kaufmann (vgl. Literatur unten) der Kuration zugeteilt, die Kategorien Lebensmittelkontrolle, Krankheitsbekämpfung, Alkohol/Sucht, Schulgesundheit und Gesundheitswesen der Prävention. Eine solche Gruppierung macht auch deshalb Sinn, weil die Kantone ihre Daten nicht durchgehend nach den gleichen Kriterien den Kategorien zuordnen. So wird die Psychiatrie zum Teil unter Spital subsummiert oder Krankheitsbekämpfung unter Gesundheitswesen. Da das spezifische Ziel (SZ) Nr. 3 der NCD-Strategie sehr breit definiert ist, wurde als umfassendster Leitindikator für dieses Ziel die Beschreibung und Verfolgung der kantonalen Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention gewählt.
Relevanz:	Die Dämpfung der Kosten ist ein wichtiges Ziel der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 wie auch der NCD-Strategie. Das Gesundheitssystem soll für jedermann bezahlbar und zugänglich bleiben. Zudem soll die Lebensqualität der Bevölkerung gesteigert werden.
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator
Ebenenzuordnung:	Gesellschaftliche Ebene
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Berechnung der kantonalen Ausgaben der Kantone für Prävention aufgrund der Statistik BFS Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Diese ist eine Synthese aus sämtlichem verfügbaren Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme welche mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres verbunden sind.
Verwendete Datenquelle:	Statistik BFS Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Kosten nach Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ambulante Versorger, Sozialmedizinische Institutionen), Kosten nach Leistungen (Stationäre Behandlung, ambulante Behandlung, Verkauf Gesundheitsgüter), Finanzierung nach Finanzierungsregimes (Sozialversicherungen, andere Regime/berufsabhängige Sozialleistungen, Private Haushalte, Staat), Kosten nach Alter und Geschlecht, Kantone und Gemeinden

Anzahl Messpunkte:	Bisher eine Berechnung des kantonalen Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention 2015.
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	offen
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Stützt sich auf die internationale OECD-Methode der Gesundheitskosten
Limitierung:	Die nicht einheitliche Zuordnung der Daten aus den Kantonen kann die Datenqualität beeinträchtigen. Sie wirkt sich stärker auf interkantonalen Vergleich aus als auf den zeitlichen Vergleich auf nationaler Ebene.
Bemerkung:	Indikator liegt in dieser Form nicht vor. Die Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS stellt eine Synthese dar aus sämtlichem verfügbaren Zahlenmaterial zur Schätzung der Geldströme welche mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des schweizerischen Gesundheitswesens während eines Jahres verbunden sind. Sie kann somit erst erstellt werden, wenn sämtliche statistischen Primärdaten verfügbar sind, insbesondere jene der Sozialversicherungen und der öffentlichen Finanzen. Dadurch lassen sich die definitiven Zahlen erst mit einer rund zweijährigen Verspätung veröffentlichen.
Weiterführende Literatur:	Kaufmann 2015, Verhältnis zwischen Kuration und Prävention Entwicklung der Nettoausgaben für Gesundheit in den Kantonen und Gemeinden zwischen 2002 und 2012

38.1 Regulierungen für Markt- und Werbeeinschränkungen bei Alkohol

Bezeichnung des Indikators

Nr. Kurzbezeichnung

38.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich Verkauf und Werbung für Alkohol auf kantonaler und nationaler Ebene

Vollständige Bezeichnung: Regulatorische Situation in der Schweiz bezüglich Alkohol: Erhältlichkeit, Preis und Werbung für Alkohol auf nationaler und kantonaler Ebene

Definition und Relevanz des Indikators

Definition:

A) Gesetzliche Bestimmungen zu zeitlichen und örtlichen Verkaufsbeschränkungen für alkoholische Produkte sowie Werbeeinschränkungen / -verbote. Begrenzungen der erlaubten Blutalkoholkonzentration im Strassenverkehr für normale, Neu- und Berufslenker. Auf kantonaler, nationaler und internationaler Ebene.

Übersicht gemäss WHO Country Profile

POLICIES AND INTERVENTIONS

Written national policy (adopted/revised) / National action plan	Yes(2008/—) / No	National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle (general / young / professional), in %	0.05 / 0.05 / 0.05
Excise tax on beer / wine / spirits	Yes / No / Yes	Legally binding regulations on alcohol advertising / product placement	Yes / No
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	16 / 16 / 18	Legally binding regulations on alcohol sponsorship / sales promotion	Yes / Yes
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	16 / 16 / 18	Legally required health warning labels on alcohol advertisements / containers	No / No
Restrictions for on-/off-premise sales of alcoholic beverages: Hours, days / places, density	No, No / Yes, No	National government support for community action	Yes
Specific events / intoxicated persons / petrol stations	No / No / No	National monitoring system(s)	Yes

Teilindikatoren Homepage BAG:

Strassenverkehr ☒ Promillegrenzen ☐ Für Neulenkler ☐ Für Berufsfahrer ☐ Anlassfreie Atemalkoholkontrollen Werbeeinschränkungen ☐ Radio, TV ☐ Plakate ☐ Presse ☐ Kino ☐ Promotionen Einschränkungen bei Sportevents ☐ Alkoholsponsoring ☐ Verkauf alkoholischer Getränke	Besteuerung ☐ Spirituosen ☐ Bier ☐ Wein ☐ Schaumwein / Sekt ☐ Alcopops ☐ MwSt ☐ Sondersteuern Preise ☐ Mindestpreise ☐ Kostendeckende Preise Kennzeichnung ☐ Warnhinweise ☐ Inhalts- und Nährwertangaben	Jugendschutz ☐ Altersgrenze ☐ Testkäufe Verkauf alkoholischer Getränke ☐ Bewilligungspflicht ☐ Liquor shops ☐ Örtliche Verkaufseinschränkungen ☐ Dichte Verkaufsstellen ☐ Zeitliche Verkaufseinschränkungen Ausschank alkoholischer Getränke ☐ Sirupartikel ☐ Einschränkung Öffnungszeiten ☐ Bewilligungspflicht Konsumverbote ☐ Konsum im öffentlichen Raum
--	---	---

Indikatoren für Übersicht Regelungen in Kantonen:			
	Ortliche Einschränkungen: Ja		Testkäufe: Ja
	Werbeeinschränkungen: Ja		Weitergabeverbot: Ja
	Sirupartikel: Ja		Jugendschutz: Ja
	Zeitliche Einschränkungen: Nein		Sondergewerbesteuer: Nein
B) Zudem soll ein Monitoring des Zugangs zum Alkohol von Minderjährigen via Testkäufe erfolgen. Es werden bundesweit jährlich Testkäufe durchgeführt, die ein Monitoring des Zugangs zum Alkohol durch Minderjährige erlauben.			
Relevanz:	Die Rahmenbedingungen (Erhältlichkeit, Preise, Werbung) haben einen wichtigen Einfluss auf den Alkoholkonsum. Ein Überblick über die regulatorische Situation in der Schweiz diesbezüglich (auch im internationalen Vergleich) ist daher eine wesentliche gesundheitspolitische Information.		
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen.		
Kategorisierung des Indikators			
Hierarchie:	Kernindikator		
Ebenenzuordnung:	Primärprävention		
Bezug Wirkungsmodell:	Impact		
Messung des Indikators			
Subindikatoren	A) Regelungen im Strassenverkehr, Werbeeinschränkungen, Einschränkungen bei Sportevents, Besteuerung, Preise, Kennzeichnung, Jugendschutz, Verkauf alkoholischer Getränke, Ausschank alkoholischer Getränke, Konsumverbote	B) Monitoring des Zugangs zum Alkohol von Minderjährigen via Testkäufe	
Messmethode:	Sammlung/Recherche	Gewerbepolizei via Eidg. Alkoholverwaltung (EAV), bundesweit	
Verwendete Datenquelle:	Sammlung BAG: Kantonal , National / International , International: Country Profiles WHO (siehe unten). Bundes-, Kantonsgesetze - Verfassung, Bundesgesetze: Lebensmittelgesetz, Alkoholgesetz, Biersteuergesetz - Kantonale Gesetze: (Gastgewerbegesetz, Handelsgesetz, StGb (Weitergabeverbot), Spielapparateverordnung (örtliche Einschränkungen)..)		
Weitere Datenquellen:	-	-	
Anzahl Messpunkte:	-		
Frequenz der Erhebung:	-		

Nächste Aktualisierung:	-
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	WHO-Ländervergleich Alkoholregulierung: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Sektion Alkohol, BAG.
Weiterführende Literatur:	Übersicht der kantonalen gesetzlichen Bestimmungen (Gesetze, Gesetzesentwürfe, Verordnungen, Bestimmungen) betreffend Einschränkung und Verboten von Alkohol - Werbung und Alkohol – Sponsoring: http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/07287/07315/index.html?lang=de Stand der Alkoholprävention in den Kantonen: http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/07287/13147/index.html?lang=de Übersicht Regulierungssituation in der Schweiz im internationalen Vergleich http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/10172/12019/index.html?lang=de

38.2 Bestehende Regulierungen bei Tabak

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
38.2	Bestehende Regulierungen für Markt- und Werbeeinschränkungen bei Tabak auf kantonaler und nationaler Ebene
Vollständige Bezeichnung: Regulatorische Situation und Entwicklung in den Kantonen und national in Bezug zu Tabakwerbung, Tabakprodukte-Verkauf und Passivrauchen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Die Kantone dürfen in ihrer Gesetzgebung über die nationalen Bestimmungen hinausgehen. Was das Thema Tabak anbelangt, bestehen grosse kantonale Unterschiede bei der Werbung, den Verkaufsverboten und beim Passivrauchen. Die kantonalen Gesetzgebungen und die Veröffentlichung der aktuell geltenden kantonalen Regelungen müssen daher laufend verfolgt werden.
Relevanz:	<i>Bestehende Instrumente:</i> Ein Monitoring der politischen Aktivitäten in Sachen Tabak existiert bereits. Die Kantone sind sehr wichtige Partner bei der Tabakprävention und mit ihren Aktivitäten oftmals die Vorläufer für entsprechende Vorstösse auf Bundesebene. Die Kenntnis von den Aktivitäten des jeweils anderen ist sowohl für die Kantone als auch für alle anderen Akteure in diesem Bereich wichtig.
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Subindikatoren	
Messmethode:	Vertrag des BAG mit Lungenliga (Abteilung NPP, Sektion Tabak) für regelmässigen Bericht: Medien-Monitoring.
Verwendete Datenquelle:	Medien-Monitoring
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	-
Weitere Datenquellen:	National, alle Kantone
Disaggregation:	-
Anzahl Messpunkte:	-
Frequenz der Erhebung:	Laufend
Nächste Aktualisierung:	Alle 3 Monate Gesetzliche Rahmenbedingungen bezüglich Verkauf und Werbung für Alkohol auf kantonaler und nationaler Ebene.
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	The tobacco control scale 2013 in Europe, Joossens
Limitierung:	Mittels dieses Indikators kann keine Aussage über die Kontrolle der Gesetzes-Umsetzung gemacht werden.
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Sektion Tabak, BAG.
Weiterführende Literatur:	-

38.3 Regulierungen / Kodex: Ernährung

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
38.3	Kodex Werbeeinschränkungen gegenüber Kindern für Ernährung	
Vollständige Bezeichnung:	A) Anzahl der Unternehmen, welche sich am Swiss Pledge beteiligen. B) Anzahl Nahrungs- und Getränkeanzeigen in Kindermagazinen C) Anteil beworbene Lebensmittelgruppen auf Schweizer Fernsehkanälen vor, während und nach Kindersendungen in Prozenten	
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Im Rahmen des Swiss Pledge können sich Unternehmen der Lebensmittel- und Getränkeindustrie seit 2010 freiwillig dazu verpflichten, das Werbeverhalten gegenüber Kindern unter 12 Jahren einzuschränken. Der Rahmen der Swiss Pledge Selbstverpflichtung wird vom Bundesamt für Gesundheit und vom Bundesamt für Lebensmittelsicherheit festgelegt. Die WHO gibt entsprechend Empfehlungen ab. Die freiwillige Initiative ist offen für Marktteilnehmer, die sich zur Einhaltung der Mindestkriterien verpflichten. Diese umfassen: • Keine Produktwerbung an Kinder unter 12 Jahren. Davon ausgenommen sind Produkte, die definierte Ernährungskriterien erfüllen. • Keine kommerzielle Kommunikation an Vorschulen, Primarschulen (Kinder unter 12 Jahren) und paraschulischen Aktivitäten. • «Werbung an Kinder unter 12 Jahren» bedeutet Werbung für ein Zielpublikum mit einem Mindestanteil von 35 Prozent an Kindern unter 12 Jahren (bezogen auf TV Spots).	
Relevanz:	Das Fernsehverhalten und insbesondere die ausgestrahlte Werbung kann die Lebensmittelwahl von Kindern beeinflussen. Die Werbung für süsse und fetthaltige Produkte steht dabei im Verdacht neben Bewegungsmangel, zum Übergewicht von Kindern und Jugendlichen beizutragen und das Risiko für spätere nichtübertragbare Erkrankungen zu erhöhen. Untersuchungen haben ergeben, dass mehr als drei Viertel der Werbespots nicht den Ernährungsempfehlungen der Experten entsprechen.	
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Anzahl Unternehmen des Swiss Pledge B) Anzahl Nahrungs- und Getränkeanzeigen in Kindermagazinen	C) Anteil (%) beworbene Lebensmittel, die dem Nährwertprofil der WHO entsprechen und die diesem nicht entsprechen auf Schweizer Fernsehkanälen vor, während und nach Kindersendungen

Messmethode:	A) Evaluation von actionsanté, B) Analyse Kindermagazine	Untersuchung Inhalt und Art der Werbung im Rahmen des Kinderprogramms auf Schweizer Fernsehkanälen
Verwendete Datenquelle:	A) actionsanté B) Daten von Mediafokus: Alle in der Schweiz vermarkteten Kindermagazine	KIWI I&II 966 Stunden Schweizer und 399 Stunden ausländisches Programm einschliesslich der Werbung aufgenommen (insgesamt 1365 Stunden), 11'613 ausgestrahlten Werbespots, 3066 davon bewarben Lebensmittel
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	A) Vollerhebung actionsanté B) 7 Magazine (in CH-vermarktet) - - -	D, F, I -
Weitere Datenquellen:	-	-
Disaggregation:	-	Beworbene Lebensmittelgruppen und Produkte
Anzahl Messpunkte:	A) 5 B) 0	2 (2006, 2011)
Frequenz der Erhebung:	A)+C): Jährlich	Offen
Nächste Aktualisierung:	A) 2015 B) Offen	Offen
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	• GMF-Indikator Nr. 23 zum Vorhandensein von Strategien, um die Einwirkung von Werbung für Nahrungsmittel und nicht-alkoholische Getränke mit hohem Gehalt an gesättigten Fettsäuren, Transfettsäuren, freie Zucker oder Salz auf Kinder zu reduzieren. • EU Pledge: www.eu-pledge.eu	
Limitierung:	Nährwertkriterien der WHO seit 2014 strenger. Gewisse Produkte dürfen nicht mehr beworben werden.	
Bemerkung:	Indikator liegt ansatzweise vor bei MOSEB (Indikatoren 6.8 und 6.3). Idealer Weise sollte man zukünftig die Nährwertkriterien von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anwenden, denn die WHO damit eine europaweite Vereinheitlichung vor. WHO macht Vorschläge für das Monitoring von Werbung an Kindern: vgl. Literatur unten. Zudem hat die WHO Europa eine gute und handliche Definition davon erstellt, für welche Lebensmittel bei Kindern Werbung machen könnte, vgl. Link unten. Bezüglich Altersgrenze sagt WHO deutlich, dass es zwar weniger Studien mit Kindern im Alter von 16 Jahren gibt, dass diese aber nicht gezeigt haben, dass 12-16 jährige nicht von Werbung ungünstig beeinflusst werden. Genau wie vor Zigaretten- und Alkoholkonsum sollten zukünftig die unter 16jährigen auch vor Werbung für Lebensmittel mit zu hohem Fett-, Salz- und Zuckergehalt geschützt werden.	

Weiterführende Literatur:

www.swiss-pledge.ch

Pfenniger, B. (2012): "Publicités alimentaires à l'attention des enfants sur les chaînes de télévision suisse des trois régions linguistiques, octobre-novembre 2011. Etude KIWI 2". Fédération romande des consommateurs, Stiftung für Konsumentenschutz, Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana, Lausanne, Bern, Breganzona.

Actionsanté (Anzahl Partner, inkl. Swiss Pledge)

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07893/index.html?lang=de

MOSEB-Indikator 6.8: Werbung bei Kindern und Jugendlichen (Daten aus KIWI I&II):

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/13510/index.html?lang=de

WHO-Empfehlungen: A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/recsmarketing/fr/>

http://www.who.int/dietphysicalactivity/framework_marketing_food_to_children/en

WHO Europa-Tool für Werbungsreduktion bei Kindern:

<http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2015/02/who-launches-tool-to-help-countries-reduce-marketing-of-foods-with-too-much-fat,-sugar-and-salt-to-children>

39 Strukturelle Prävention in Settings

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
39	Strukturelle Prävention in Settings
Vollständige Bezeichnung: A) Anzahl der Aktionsversprechen im Rahmen der Initiative actionsanté B) Anzahl Auszeichnungen für eine Gesundheitsfördernde Gemeinschaftsgastronomie Nicht abschliessend! Abhängig von Massnahmen der NCD-Strategie	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Aufzeigen des Vorhandenseins und der Entwicklung von strukturellen Präventionsangeboten in den Settings Arbeitsplatz, Schulen, Gemeinden und Kantone. Auswahl der Settings und der Massnahmen nicht abschliessend! Kann erst im Laufe 2016 im Detail definiert werden. Verweise auf die erwähnten Projekte: A) actionsanté: Aktionen können in vier Aktionsbereichen durchgeführt werden: 1) Information für Konsumentinnen und Konsumenten, 2) Marketing und Werbung, 3) Lebensmittelszusammensetzung und -angebot sowie 4) Förderung eines bewegungsfreundlichen Umfelds. Aktionsversprechen der Wirtschaft werden laufend akquiriert. B) Gesundheitsfördernden Gemeinschaftsgastronomie: Umsetzung der Qualitätsstandards: www.goodpractice-gemeinschaftsgastronomie.ch. Angaben zu Auszeichnungen sind beim BLV verfügbar. C) Weitere: Label „Friendly Work Space®“, Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen SNGS, Verbreitung von VIA Gesundheitsförderung im Alter von GFCH, Preisvergabe Gesunde Gemeinde/Stadt, Angaben zu Kitas, Monitoring zur Verbreitung Betriebliche Gesundheitsförderung (BGM) in Schweizer Betrieben ab 100 Mitarbeitenden, etc.
Relevanz:	Strukturelle Bedingungen wie Verfügbarkeit von ausgewogenen Essen und Bewegungsmöglichkeiten haben einen grossen Einfluss auf den gesunden Lebensstil. Dieser ist ein relevanter Faktor für die Prävention in Bezug auf nichtübertragbare Erkrankungen. Mittels struktureller Prävention sollen die Lebensumstände der Bevölkerung in der Schweiz insofern verändert werden, dass die gesunde Wahl einfach getroffen werden kann (Make the healthy choice the easy choice).
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Outcome/Impact

Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) actionsanté-Aktionsversprechen	B) Daten vom BLV zu den Qualitätsstandards in der Gemeinschaftsgastronomie
Messmethode:	Selbstevaluation (schriftliche Befragung) der Partner von actionsanté	C) Label „Friendly Work Space®, hier sind Anzahl Firmen, die dieses Label tragen, Anzahl Mitarbeiter in diesen Firmen. Daten vierteljährlich
Verwendete Datenquelle:	Evaluation actionsanté	C) Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen Kontaktperson bei Radix: Cornelia Conrad
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	-	
Weitere Datenquellen:		C) Schule.bewegt zählt nicht Schulen sondern Schulklassen: Teilnehmende Klassen 2015: 8'336 (17.4% aller CH Schulklassen). Kontaktperson BASPO: Sarah Uwer.
Disaggregation:	Anzahl der Partner nach thematischen Schwerpunkte (Aktionsbereiche)	C) Monitoring Verbreitung BGM: Erste Ergebnisse 2016, Wiederholung 2020 (Daten von Gesundheitsförderung Schweiz)
Anzahl Messpunkte:	6 (2009-2014)	
Frequenz der Erhebung:	jährlich	
Nächste Aktualisierung:	2015	
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	-	
Limitierung:	Daten sind nur beschränkt verfügbar.	
Bemerkung:	Indikator zu Bereich A) liegt vor bei MOSEB (Indikator 6.3). Indikator betrifft den Outcome-Bereich der Strategie und ist daher abhängig von Partnerinstitutionen und den gewählten Massnahmen und Settings der Strategie. Genauer Inhalt des Indikators kann daher erst nach dem Entscheid über die Massnahmen im Rahmen der NCD-Strategie festgelegt werden (wird 2016 erwartet). Bei GF CH ist ein zukünftiges Monitoring gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in den Gemeinden angedacht. Weitere Möglichkeit für Subindikator: Network Healthy Cities (http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network),	
Weiterführende Literatur:	Friendlyliy Workspace: http://gesundheitsfoerderung.ch/wirtschaft/produkte-und-dienstleistungen/label-friendly-work-space/ausgezeichnete-betriebe.html, letzter Zugriff, 14.10.15.	

MOSEB-Indikator 6.3 zu Partner von actionsanté:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07893/index.html?lang=de

40.1 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
40.1	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Alkohol ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Zustimmung der Bevölkerung ab 15 Jahren zu bestimmten strukturellen Alkoholpräventionsmassnahmen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die folgenden Präventionsmassnahmen zustimmen: <i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split A, Modul «Normen und Werte»</i> • APM01: Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Jugendschutzmassnahmen? Sie können mit 1 bis 4 antworten, wobei 1 «stimme voll und ganz zu» bedeutet und 4 «lehne voll und ganz ab». Denken Sie ... a. Die Altersbeschränkung für den Kauf von alkoholischen Getränken sollte generell bei 18 Jahren liegen. b. Die Altersbeschränkung für den Kauf von alkoholischen Getränken sollte generell bei 16 Jahren liegen c. Die Preise auf alkoholische Getränke sollten generell erhöht werden. d. Zwischen 9 Uhr abends, also 21 Uhr und 7 Uhr morgens, sollten ausser in Bars und Restaurants keine alkoholischen Getränke mehr gekauft werden dürfen e. Bei Sportveranstaltungen sollte Werbung für Alkohol verboten werden. f. Billigalkohol sollte durch Mindestpreise verteuert werden. • N01: Was denken Sie über alkoholbedingte Vorfälle bei Sportveranstaltungen wie Fussball- oder Eishockeyspiele? Sie können mit 1 bis 4 antworten, wobei 1 «stimme voll und ganz zu» bedeutet und 4 «lehne voll und ganz ab». Denken Sie ... a. Bei Sportveranstaltungen sollte Alkohol normal verkauft werden b. Es sollte bei Sportveranstaltungen nur Leichtbier verkauft werden dürfen
Relevanz:	Präventive Massnahmen können beim Verhalten oder bei den Verhältnissen ansetzen. Verhältnisprävention (strukturelle Massnahmen) ist erwiesenermassen ein wirksames Mittel, um übermässigen Alkoholkonsum einzuschränken. Deren Einführung ist jedoch immer ein politischer Entscheid, bei dem die Meinung der Bevölkerung zu berücksichtigen ist.
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Bisher Suchtmonitoring, Spezialmodul
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	2'500 15-75+ Jahre D, F, I

Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Nach Konsumklassen
Anzahl Messpunkte:	3 (2012, 2014, 2016)
Frequenz der Erhebung:	Keine Weitere geplant bisher. Wünschenswert ca. alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	-
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System: 16.1 International: -
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring. Wünschenswerte Erhebungsfrequenz ca. alle 5 Jahre. Zusätzliche mögliche Datenquelle zu diesem Themenbereich: GFS-Gesundheitsmonitor. Dort wird jeweils nach der Einstellung zur Kassenpflicht oder Selbstzahlung von Leistungen bei Gesundheitsschäden aufgrund Rauchen/Alkoholkonsums/Drogenabhängigkeit gefragt, z.T. in wechselnder Ausführlichkeit (2014 z.B. zusätzlich bzgl. Spitalkosten bei Alkoholexzessen). Einstellungsfragen können auch als Indikatoren für Gesundheitskompetenz verwendet werden (Alternativen zu Indikatoren 36.1-36.4).
Weiterführende Literatur:	Suchtmonitoring Schweiz http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_mlfzur6ih7hz.pdf (S. 40)

40.2 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
40.2	Einstellung gegenüber strukturellen Massnahmen – Tabak ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	Anteil der Personen ab 15 Jahren, die A) Präventionsmassnahmen im Bereich Tabakwerbung zustimmen B) weitergehenden gesetzlichen Regelungen zum Rauchverbot zustimmen (nach Ort/Situation/Räumlichkeit) C) Preiserhöhungen für Tabakprodukte zustimmen
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Einstellung der Bevölkerung ab 15 Jahren zu bestimmten strukturellen Tabakpräventionsmassnahmen. Anteil der Personen ab 15 Jahren, der A) Präventionsmassnahmen im Bereich Tabakwerbung zustimmt, B) weitergehenden gesetzlichen Regelungen zum Rauchverbot zustimmt (nach Ort/Situation/Räumlichkeit), C) Preiserhöhungen für Tabakprodukte zustimmt. A) Anteil der Personen ab 15 Jahren, der strukturelle Massnahmen für ein allgemeines Werbeverbot, für eine Verminderung der Nachfrage nach Tabakerzeugnissen, für neutrale Verpackungen oder für ein Sponsoringverbot wünscht. <i>Fragen aus Suchtmonitoring 2014, Split B, Modul «Gesetzgebung»:</i> • TL02: Was halten Sie von einem generellen Werbeverbot, welches die Tabakwerbung überall, also auch an Verkaufsorten wie z.B. am Kiosk, verbieten würde? • TL04r: Tabakwaren werden am Verkaufsort gut sichtbar angeboten. Würden Sie es begrüssen, wenn sie künftig am Verkaufsort nicht mehr zu sehen sein dürften und versteckt aufbewahrt würden, zum Beispiel unterhalb des Ladentischs oder in einem Schrank? • TL05r: In Australien dürfen Tabakwaren nur noch in neutraler Verpackung verkauft werden, das heisst alle Päckchen haben dieselbe Farbe und unterscheiden sich nur noch durch die aufgedruckten Markennamen. Die Idee dahinter ist, die Möglichkeiten für Werbung auf den Verpackungen einzuschränken. Was ist Ihre Meinung zur Einführung solcher Regelungen in der Schweiz? <i>Frage aus Suchtmonitoring 2015, Split B</i> • Und was halten Sie davon, wenn der Tabakindustrie das Sponsoring von kulturellen Anlässen und Sportveranstaltungen generell verboten werden würde? B) Geschlossene öffentliche Räume werden vom Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen reglementiert. Gibt es angesichts der Entwicklungen in anderen Ländern Orte, für welche die Schweizer Bevölkerung eine spezifische Reglementierung in Sachen Passivrauchen wünscht? <i>Neue zu berücksichtigende Fragen:</i> • Gibt es Orte, für die Sie sich ein Rauchverbot wünschen? • Terrassen von Restaurants/Cafés • Bushaltestellen • Kinderspielplätze • Autos, in denen Kinder mitfahren • An welchen anderen Orten C) Anteil der Personen ab 15 Jahren, der Preiserhöhungen befürwortet. <i>Frage aus Suchtmonitoring 2014, Split B, Modul «Gesetzgebung»:</i> • TL03a: Der Preis für ein Päckli Zigaretten sollte innerhalb von einem Jahr von rund [Fr. xxx] auf [Fr. xxx] erhöht werden. [Beträge gemäss den aktuellen Preisen]

Relevanz:	Werbung hat viele Formen, und auch dem Passivrauchen kann man in vielen Formen ausgesetzt sein. Eine wirksame Prävention kann durch verschiedene Aktionen erfolgen, sowohl durch Verhaltensprävention als auch durch strukturelle Prävention. Uneingeschränkte Werbemöglichkeiten, der Verzicht auf den Schutz vor Passivrauchen und der freie Verkauf von Tabakerzeugnissen schaffen Anreize zum Rauchen und führen dazu, dass Tabakerzeugnisse in der Gesellschaft als etwas Normales betrachtet werden. Es braucht daher rechtliche Rahmenbedingungen. Die Einstellung der Bevölkerung zur strukturellen Prävention zeigt deren Sensibilität gegenüber der Tabakabhängigkeit. Sie hilft bei der Festlegung der politischen Leitlinien und bei der Positionierung in den wichtigen auf internationaler Ebene diskutierten Themenbereichen.
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Subindikatoren	A) Präventionsmassnahmen im Bereich Tabakwerbung B) Regelungen zum Rauchverbot: DATENLÜCKE C) Preiserhöhungen für Tabakprodukte
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	CoRoIAR (Suchtmonitoring)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	5'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquelle:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung
Anzahl Messpunkte:	2 (seit 2011) + Tabakmonitoring (2001-2010)
Frequenz der Erhebung:	Alle 2 Jahre, ab 2016 unbestimmt
Nächste Aktualisierung:	2015
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Sucht-Indikatoren-System: 16.2 International: Eurobarometer
Limitierung:	Für den Subindikator B) liegen aktuell keine Daten vor. Ein entsprechendes Befragungsmodul müsste neu konzipiert werden.
Bemerkung:	Indikator liegt vor im Rahmen Suchtmonitoring. Eine Erhebung alle 3-4 Jahre wäre wünschenswert. Zusätzliche mögliche Datenquelle zu diesem Themenbereich: GFS-Gesundheitsmonitor. Dort wird jeweils nach der Einstellung zur Kassenpflicht oder Selbstzahlung von Leistungen bei Gesundheitsschäden aufgrund Rauchen/Alkoholkonsums/Drogenabhängigkeit gefragt. Die vorgelegten Items sind jedoch nicht immer dieselben (vgl. Indikator 16.3 von Sucht-Indikatoren-System).

Weiterführende Literatur:

Einstellungsfragen können auch als Indikatoren für Gesundheitskompetenz verwendet werden (Alternativen zu Indikatoren 36.1-36.4).

-

40.3 Einstellungen strukturelle Massnahmen – Ernährung 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
40.3	Einstellung strukturelle Massnahmen - Ernährung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	A) Anteil an Personen ab 15 Jahren, die zufrieden sind mit dem Angebot an ausgewählten Lebensmitteln B) Anteil an Personen ab 15 Jahren, die beim Lebensmitteleinkauf die Nährwertangaben beachten
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Aufzeigen der Akzeptanz und der Wahrnehmung von Massnahmen im Bereich der strukturellen Prävention wie Preisanpassungen, Veränderung der Verfügbarkeit oder Werbeeinschränkungen für „ungesunde“ Lebensmittel. Aktuell gibt es zu diesen Massnahmen jedoch keine Erhebungen der Akzeptanz oder Einstellung. Als Alternative wird daher folgender „Platzhalter“-Inhalt vorgeschlagen: A) Anteil an Personen ab 15 Jahren, die zufrieden sind mit dem Angebot an ausgewählten Lebensmitteln. Frage: Sagen Sie mir bitte ob bei den folgenden Nahrungsmitteln das derzeitige Lebensmittelangebot im Detailhandel Ihren Erwartungen entspricht: Milchprodukte, Obst und Gemüse, Fleisch, Fisch, vegetarische Nahrungsmittel, Fettreduzierte Nahrungsmittel, Nahrungsmittel aus biologischer Herstellung, Nahrungsmittel mit gesundheitlichem Zusatznutzen. B) Anteil an Personen ab 15 Jahren, die beim Lebensmitteleinkauf die Nährwertangaben beachten. Frage: Beachten Sie beim Lebensmitteleinkauf die Nährwertangaben?
Relevanz:	Das Ernährungsverhalten wird stark beeinflusst von Faktoren wie Lebensmittelpreis, Verfügbarkeit „gesunder“ Lebensmittel und Werbebotschaften. Aus Präventionssicht ist es daher wichtig, diese Verhältnisfaktoren (strukturelle Bedingungen) günstig zu beeinflussen für die Förderung einer ausgewogenen Ernährung in der Bevölkerung.
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
	A) Zufriedenheit mit Angebot B) Beachtung Nährwertangaben
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Omnibus Bundesamt für Statistik (BFS) 2014
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	3'000 Ab 15 Jahren D, F, I

Weitere Datenquellen:	Coop Trend Studie, Nutri-Trend und Food Consumption für Daten vor 2008 (alle drei Erhebungen werden nicht mehr durchgeführt)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregion
Anzahl Messpunkte:	1 (2014)
Frequenz der Erhebung:	Offen
Nächste Aktualisierung:	Offen
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	Der gewählte Inhalt des Indikators muss noch an den konkreten Bedürfnissen der Massnahmen im Rahmen der NCD-Strategie angepasst werden.
Bemerkung:	Indikator liegt teilweise vor bei MOSEB (Indikator 1.6). Inhalte sind Platzhalter. Noch sind keine Daten zu den Themen Preis, Einschränkung der Verfügbarkeit und gewünschte Werbeeinschränkungen verfügbar. Da alle Massnahmen auf Freiwilligkeit beruhen, hat dieser Indikator auch noch nicht dieselbe Relevanz wie z.B. bei den Themen Alkohol und Tabak. Einstellungsfragen können auch als Indikatoren für Gesundheitskompetenz verwendet werden (Alternativen zu Indikatoren 36.1-36.4).
Weiterführende Literatur:	-

MOSEB Indikator 1.6 zu Wahrnehmung der Angebotsseite der Ernährung und von Informationen über Nahrungsmittel:

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07853/index.html?lang=de

40.4 Einstellungen gegenüber strukturellen Massnahmen – Bewegung 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
40.4	Einstellung strukturelle Massnahmen – Bewegung ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: PLATZHALTER		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren, der bestimmten Präventionsmassnahmen zustimmt. Mögliche Indikatorinhalte könnten sein: - Anzahl kommunale/kantonale Vorstösse für Begegnungszonen - Studie zu Inventar bewegungsfreundliche Siedlungen (Studie durch Sportobs/BASPO)	
Relevanz:	Präventive Massnahmen können beim Verhalten oder bei den Verhältnissen ansetzen. Verhältnisprävention (strukturelle Massnahmen) ist erwiesenermassen ein wirksames Mittel, um einen gesunden Lebensstil zu fördern.	
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	DATENLÜCKE	
Verwendete Datenquelle: • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen		
Weitere Datenquellen:		
Disaggregation:		
Anzahl Messpunkte:		
Frequenz der Erhebung:		
Nächste Aktualisierung:		
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	-	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Platzhalter. Noch sind keine Daten zu diesem Thema verfügbar. Da alle Massnahmen auf Freiwilligkeit beruhen, hat dieser Indikator auch noch nicht dieselbe Relevanz wie z.B. bei den Themen Alkohol und Tabak.	

	Mögliche Indikatorinhalte könnten sein: - Anzahl kommunale/kantonale Vorstösse für Begegnungszonen - Studie zu Inventar bewegungsfreundliche Siedlungen (Studie durch Sportobs/BASPO) Einstellungsfragen können auch als Indikatoren für Gesundheitskompetenz verwendet werden (Alternativen zu Indikatoren 36.1-36.4).
Weiterführende Literatur:	-

41 Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
41	Vorhandensein von Bewegungsräumen und -flächen	
Vollständige Bezeichnung: Anteil der Erholungsflächen an der Gesamtfläche der Schweiz		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	A) Analyse des ITW im Rahmen des Berichts „Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz“. Beschreibung des Anteils an "grundsätzlich für sportliche und Bewegungsaktivitäten" nutzbaren Flächen in der Schweiz. Als „Erholungsfläche“ oder „Bewegungsfläche“ werden folgende Gebiete berücksichtigt: stadtnahe Erholungsflächen, Naherholungsgebiete / Ausflugserholungsgebiete / touristische Erholungsgebiete / Gebiete für Extensiverholung. Weitere mögliche Dimensionen: B) Länge des Schweizer Wanderwegnetzes in km C) Länge verschiedener Routentypen von SchweizMobil in km D) Länge des Langlaufloipennetz Schweiz E) Tempo 30-Zonen, Bewegungszonen	
Relevanz:	Für die Ausübung von sportlichen und Bewegungsaktivitäten spielt nicht nur die formelle Sportinfrastruktur eine Rolle, sondern auch die Möglichkeit, Flächen im Freien zu nutzen. Dazu gehören Wälder, Wiesen, Gewässer oder Berge, in und auf denen sich verschiedene Bewegungsaktivitäten ausführen lassen (z.B. Wandern, Wassersport) sowie die Wander- und Radwege, welche diese Gebiete erschliessen.	
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Erholungsflächen und Sportinfrastrukturen	Weitere: B) Schweizer Wanderwegnetz C) SchweizMobil Routen D) Langlaufloipennetz Schweiz E) Tempo30-Zonen, Bewegungszonen
Messmethode:		
Verwendete Datenquelle:	"Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz" des ITW Luzern (2007) Sportanlagenstatistik Schweiz 2012	B) Jahresberichte der Schweizer Wanderwege C) Daten der Stiftung SchweizMobil D) Anfragen bei Schweizer Langlaufverband E) Daten von Swisstopo (zur Zeit im Aufbau)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- - - D, E, I	

Weitere Datenquellen:	-	
Disaggregation:	Erholungsflächen/Naherholungsgebiete, Ausflugerholungsgebiete, touristische Erholungsgebiete, Gebiete für Extensiverholung	B) Waldflächen, Wege zum Wandern, Skaten, Velofahren, für Mountainbikes, Kanu fahren.
Anzahl Messpunkte:	1 (2007)	B) 10 C) 1
Frequenz der Erhebung:	einmalig	B) jährlich C) fortlaufend
Nächste Aktualisierung:	-	B) 2015 C) bei Bedarf
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	-	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt teilweise vor bei MOSEB (Indikator 6.2).	
Weiterführende Literatur:	Institut für Tourismuswirtschaft der Hochschule Luzern (2007): Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen in der Schweiz. Luzern: ITW. Stettler, Jürg, Martina Gisler und Giovanni Danielli (2007): Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastrukturen (Kurz- und Schlussbericht). Magglingen: BASPO. Balthasar, A. et al., (2013): Sportanlagenstatistik 2012, Kurzbericht. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO www.schweizmobil.ch	

MOSEB-Indikator 6.2 Bewegungsräume und -flächen (bzw. Sportobs Indikator 5.11):

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07892/index.html?lang=de

http://www.sportobs.ch/ind6_4000.html?&L=1http%3A%2F%2Fwww.sportobs.ch

Wirtschaftliche Bedeutung der Sportinfrastruktur:

<http://www.baspo.admin.ch/internet/baspo/de/home/dokumentation.parsys.0001241.downloadList.79374.DownloadFile.tmp/sportinfrastruktur.pdf>

42 Prävention in der Gesundheitsversorgung

Bezeichnung des Indikators

Nr. Kurzbezeichnung

42 Verbreitung von Prävention in der Gesundheitsversorgung

Vollständige Bezeichnung:

- A) Anzahl und Umfang von Projekten in der Schweiz, welche die Prävention in der Grundversorgung integrieren, z.B. [Swissprevent.ch](http://www.swissprevent.ch)
- B) Anzahl besuchter Weiterbildungen von Gesundheitscoaching pro Jahr

Nicht abschliessend! Kann erst im Laufe 2016 im Detail definiert werden.

Definition und Relevanz des Indikators

Definition:

- A) Angaben aus Evaluationen von Netzwerken wie z.B. [Swissprevent](http://www.swissprevent.ch), um die Anzahl von Partnern und die Entwicklung des Netzwerkumfangs beschreiben zu können.
- B) Angaben aus der Evaluation von Gesundheitscoaching → Anzahl erreichter Patienten müsste bei den geschulten Ärzten explizit erhoben werden.

Verweise auf die erwähnten Projekte:

- A) [Swissprevent](http://www.swissprevent.ch): Netzwerk kardiovaskuläre Präventionszentren Schweiz www.swissprevent.ch.
[Swissprevent](http://www.swissprevent.ch) hat das Ziel, in den nächsten 10 Jahren an 80% der Schweizer Spitäler ein Präventionszentrum in Funktion zu haben. Es geht dabei in erster Linie um die Bereiche Herz-/Kreislauf, Diabetes und Adipositas. Mögliche Indikatoren bei [Swissprevent](http://www.swissprevent.ch):
 - Anzahl der Präventionszentren jeweils auf Ende Jahr (Aktuell (Juni 2015) sind 3 Zentren zertifiziert, Gründung Nov. 2014).
 - Anzahl der pro Zentrum angebotenen strukturierten Präventionsprogramme
- B) [Gesundheitscoaching](http://www.gesundheitscoaching-khm.ch): Projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin: www.gesundheitscoaching-khm.ch, Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten für die Durchführung des Gesundheitscoaching Beratungsprogramms für Patienten.

Es sollen Projekte aufgenommen werden in den Monitoring-Prozess, die mindestens 3 bis 4 Stufen des Gesundheitspfades beinhalten, welcher im Rahmen der NCD-Strategie-Erarbeitung definiert wurde.

Weitere Musskriterien sind die folgenden:

1. Der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Anliegen steht im Zentrum des Projekts.
2. Die Projekte umfassen mindestens die Stufen 2, 3 und 6 des Gesundheitspfades, d.h. sie beinhalten:
 - ein ganzheitliches Assessment, d.h. eine umfassende bio-psycho-soziale Anamnese einer Person (2)
 - das Setzen (und Überprüfen) von Zielen zur Verhaltensänderung (3)
 - als zentraler Bestandteil die Unterstützung, resp. das Coaching bei Lebensstilveränderung (6)
 - die Koordination der Leistungen und Leistungserbringer (6)
3. Der Fokus ist auf mindestens eine nichtübertragbare Krankheit (i.e. Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebs, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen) und auf mindestens einen Risikofaktor (i.e. wie Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung, mangelnde Bewegung) gerichtet.

Der Forschungsbericht „Prävention in der Grundversorgung – Case Studies“ wird die relevanten Projekte identifizieren, die aufgenommen werden sollen in den Indikator.

Relevanz:	Ein Ziel der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten soll die Verankerung der Prävention in der Gesundheitsversorgung sein und damit ein Paradigmenwechsel von einer segmentierten, akutmedizinisch ausgerichteten hin zu einer integrierenden Denkweise, welche den kurativen Ansatz durch einen gleichwertigen, begleitenden, beratenden, koordinierenden und präventiven Ansatz ergänzt. Hierzu wurden ein menschenzentriertes Referenzmodell und ein 6-stufiger Gesundheitspfad als Modell guter Praxis entwickelt. Die 6 Stufen des Gesundheitspfades beinhalten Tätigkeiten wie Massnahmen der Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankung, psychosoziale Beratung, Patientenbildung, konkrete Unterstützung bei der Veränderung des Lebensstils sowie die Triagierung an dafür geeignete Organisationen oder Programme im Lebensumfeld der Betroffenen. In der Schweiz gibt es bereits einige Projekte und Initiativen, welche die Prävention in der Gesundheitsversorgung integrieren, die Verbreitung und Verankerung dieser Projekte muss jedoch gefördert werden.		
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen		
Kategorisierung des Indikators			
Hierarchie:	Zusatzindikator		
Themenzuordnung:	Primärprävention		
Bezug Wirkungsmodell:	Impact		
Messung des Indikators			
Subindikatoren	A) Anzahl und Umfang von Projekten von Swissprevent.ch	B) Angaben Gesundheitscoaching	
Messmethode:	Angaben von Swissprevent	Noch abzuklären im Laufe von 2016.	
Verwendete Datenquelle:	Swissprevent		
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	- - -		
Weitere Datenquellen:	Evtl. SWISSPEP zur Seite des Patienten (siehe auch internat. Vergleichbarkeit)		
Disaggregation:	-		
Anzahl Messpunkte:	1(2015)		
Frequenz der Erhebung:	Jährlich		
Nächste Aktualisierung:	2016		
Bemerkungen zum Indikator			
Internationale Vergleichbarkeit:	Ev. Gesundheitsmonitor bei einzelnen Erhebungswellen; EUROPEP bzw. SWISSPEP Patientenbefragung in der Arztpraxis.		
Limitierung:	Wenige Daten vorhanden. Aktuell kann nur das wenige Verfügbare genutzt werden. Hier besteht klare Datenlücke. Mögliche Angaben von Gesundheitscoaching müssen im Laufe 2016 abgeklärt werden.		
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Forschungsbericht „Prävention in der Grundversorgung – Case Studies“ ist aktuell in Erarbeitung (Finalisierung für Herbst 16 geplant, Finanzierung durch BAG) und kann Hinweise auf weitere wichtige Schnittstellen liefern, die beobachtet werden sollten.		

Weiterführende Literatur:

Bericht: Arbeitsgruppe NCD-Strategie Teilprojekt 2 „Prävention in der Gesundheitsversorgung: Der Mensch im Zentrum“, Grundlagenbericht als Basis für die Erarbeitung der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Bern, unveröffentlichter Bericht (NCD-Geschäftsstelle.

www.bag.admin.ch/ncd)

www.swissprevent.ch

www.gesundheitscoaching-khm.ch

43 Selbstmanagement

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
43	Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten	
Vollständige Bezeichnung:	A) Anzahl Patienten mit nichtübertragbarer Krankheit, welche an Kursen zu Selbstmanagement teilnehmen B) Anzahl qualitätsgeprüfter Selbstmanagement-Programme mit Einsatz von heiQ	
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	A) Angaben zu Anzahl Patienten, die an den Schulungen und Kursen zu Selbstmanagement teilgenommen haben, sind aus den Evaluationen der Programme zu ermitteln. B) Qualitätsprüfung im Rahmen von Selbstmanagement-Programme sollte gemäss internationalen Vorbildern mittels heiQ (Health Educational Impact Questionnaire) erfolgen. Dieses Instrument ermöglicht einen Prä-post-Vergleich bei Patienten und ist daher geeignet, die Wirkung der Patientenschulungsinitiativen zu quantifizieren. Es erlaubt, die Veränderungen bei den Patienten zu beschreiben.	
Relevanz:	Selbstmanagementkurse und Patientenschulungen haben zum Ziel, die Patienten zu befähigen, mehr Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Selbstvertrauen zu erlangen, sowie neue Fertigkeiten und Techniken im Umgang mit ihrer Erkrankung zu erwerben. Zudem sollen auch die Ressourcen des Gesundheitssystems zielgerichtet und effektiv genutzt werden. Nichtübertragbare Krankheiten sind die Haupttodesursachen in der Schweiz und stellen für das Gesundheitssystem eine grosse Herausforderung dar. Eine wichtige zukünftige Aufgabe besteht darin, die Krankheitslasten und Behandlungskosten von nichtübertragbaren Krankheiten zu reduzieren. Ein wichtiger Ansatz dazu ist die aktive Beteiligung der Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit. In Patientenschulungen und Selbstmanagementkursen werden Patienten bezüglich Selbstfürsorge unterrichtet.	
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A: Patientenanzahl	B: Selbstmanagementprogramme
Messmethode:	Erhebung mittels Selbstevaluation	Einsatz Evaluationsinstrument heiQ und Umfeldanalyse
Verwendete Datenquelle:	DATENLÜCKE	DATENLÜCKE
- Stichprobengrösse - Altersgruppen - Sprachregionen		
Weitere Datenquellen:		
Disaggregation:		
Anzahl Messpunkte:		
Frequenz der Erhebung:		

Nächste Aktualisierung:	
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	-
Limitierung:	Basis der Angaben sind Selbstevaluationen und Umfeldanalysen, der heiQ-Einsatz ist teuer.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Selbstmanagement-Programme sind erst im Aufbau in der Schweiz. Aktuell noch keine grosse Verbreitung. Der Einsatz des heiQ als Standard ist ein hoher Anspruch (umfangreiche und kostspielige Evaluation).
Weiterführende Literatur:	Schwarze M. et al., Ein Blick Down Under, Selbstmanagementinitiativen und Patientenschulungen in Australien, Z Rheumatol 2008, 67:189-198. Springer Medizin Verlag. Evivo, evidenzbasiertes Stanford-Selbstmanagement-Programm, gefördert von Careum: www.evivo.ch. Im sechsteiligen Evivo-Kurs werden die Teilnehmenden ermutigt und befähigt, aktiv mit chronischen Gesundheitsbeschwerden umzugehen.

44 Schnittstellen in den Behandlungsketten

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
44	Schnittstellen in den Behandlungsketten der Gesundheitsversorgung bei NCD-Erkrankungen	
Vollständige Bezeichnung:		
Anzahl Fälle der Verlegungen im zeitlichen Verlauf von stationärer Akutsomatik in die:		
- Rehabilitation - Psychiatrie - Spitex - Pflegeheim - Rehabilitation und Spitex/Pflegeheim - Stationäre Akutsomatik		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Aufgrund der Datenlage liegt der Fokus auf den Schnittstellen der stationären Versorgung (inkl. Spitalexterne Nachversorgung wie Spitex und Pflegeheime). Folgende Behandlungsketten werden beschrieben:	
	- Stationäre Akutsomatik → Rehabilitation - Stationäre Akutsomatik → Psychiatrie - Stationäre Akutsomatik → Spitex - Stationäre Akutsomatik → Pflegeheim - Stationäre Akutsomatik → Rehabilitation und Spitex/Pflegeheim - Stationäre Akutsomatik → Stationäre Akutsomatik	
Relevanz:	Die Förderung der gesundheitlichen Versorgung, der Koordination und die Reduktion von Kosten sind wichtige Ziele der Strategie Gesundheit 2020. Um die Koordination innerhalb der Gesundheitsversorgung zu verbessern, müssen die Schnittstellen zwischen den Leistungsträgern optimiert werden. Die Verfolgung der Behandlungsketten von Patienten mit Betrachtung der Wechsel von einem Leistungsträger zum anderen ist daher ein wichtiger Indikator, um die Grössenordnung der Übergänge zu quantifizieren. Im Rahmen der NCD-Strategie ist der Fokus auf die Schnittstellen zu legen, welche die Prävention in der Versorgung betreffen.	
Bezug zur Strategie:	SZ 3: Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Erhebung der entlassenen hospitalisierten Fälle	Erhebung der Eintritte
Verwendete Datenquelle:	Bundesamt für Statistik BFS – medizinische Statistik der Krankenhäuser	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)
• Stichprobengrösse		

• Altersgruppen • Sprachregionen	18+ J (ab 0 Jahren möglich, aber jüngere sind schwierig zu analysieren) D, F, I	65+J D, F, I
Weitere Datenquellen:	-	
Disaggregation:	Alter, Geschlecht	-
Anzahl Messpunkte:	seit 1998	seit 1997
Frequenz der Erhebung:	jährlich	jährlich
Nächste Aktualisierung:	2016	2016
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	-	
Limitierung:	Reduktion der Daten auf Schnittstellen der stationären Versorgung und Spitex. Zur Qualität der Koordination kann mit diesen Daten keine Aussage gemacht werden.	
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Forschungsbericht „Prävention in Grundversorgung – Case Studies“ ist aktuell in Erarbeitung (Finalisierung für Herbst 16 geplant, Finanzierung durch BAG) und kann Hinweise auf weitere wichtige Schnittstellen liefern, die beobachtet werden sollten. Das längerfristige Ziel des Indikators muss sein, den Fokus auf Schnittstellen zu legen, welche die Prävention in der Versorgung betreffen. Dazu braucht es jedoch die entsprechenden Daten, die aktuell noch fehlen. Die Schnittstellen zwischen und innerhalb der Medizinischen Statistik und der SOMED lassen sich über den Verbindungscode verbinden, Dieses Vorgehen erfordert einen Datenverknüpfungsantrag beim BFS.	
Weiterführende Literatur:	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan Bulletin 1/2015, Behandlungsketten und ihre Schnittstellen, Obsan 2015	

45 Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen 16+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
45	Verzicht auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen ab 16 Jahren
Vollständige Bezeichnung:	Anteil der Personen ab 16 Jahren, die auf Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen verzichten
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Bestimmt wird der Anteil der Personen ab 16 Jahren, die auf ärztliche oder zahnärztliche Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen verzichten. Befragt werden die Personen, ob sie „in den vergangenen zwölf Monaten eine Zahnkontrolle oder eine Behandlung nicht machen konnten“ oder ob sie „einen Arzt nicht besuchen konnten“ oder „eine Behandlung [beim Arzt] nicht gemacht haben, obwohl sie dies nötig gehabt hätten“. Personen, die aus finanziellen Gründen 1) auf einen Zahnarztbesuch- oder 2) auf einen Arztbesuch verzichtet haben, werden zusammengefasst.
Relevanz:	Ziel der Strategie Gesundheit 2020 ist, dass Leistungen des Gesundheitssystems für kranke, behinderte und sozial schwächere Menschen bezahlbar und zugänglich bleiben. Da besonders im untersten Quintil des Einkommens auf Zahnarztbesuche verzichtet wird, müssen diese separat von den Arztbesuchen betrachtet werden.
Bezug zur Strategie:	SZ 4: Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Leitindikator
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Statistics of Income and Living Conditions SILC
Stichprobengrösse Altersgruppen Sprachregionen	7'000 Haushalte mit 17'000 Personen, davon werden etwa 12'000 befragt Ab 16 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	International Health Policy Survey des Commonwealth Fund
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	8 (seit 2007)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	2015

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

Europäischer Vergleich via SILC:

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_10&lang=en
oder via internationale Auswertung des Commonwealth Fund-Surveys für die Allgemeinbevölkerung

Limitierung:

-

Bemerkung:

Indikator liegt nicht vor. Regelmässige Publikationen beim BFS, jedoch nicht online als Indikator.

Im International Health Policy Survey des Commonwealth Fund ist die Frage auch enthalten, der Stichprobenumfang und die Periodizität sind jedoch deutlich kleiner.

Weiterführende Literatur:

Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey 2013» des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

46.1 Übergewicht und Adipositas 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
46.1	Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Verteilung der BMI-Kategorien bei Personen ab 15 Jahren		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Die Verteilung des Gesundheitsrisikos aufgrund des Körpergewicht in Bezug zur Grösse (Body Mass Index, BMI) soll beschrieben werden. Messung der BMI-Verteilung in der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren gemäss den vier Kategorien: - Untergewicht: BMI < 18.5 - Normalgewicht: 18.5 ≤ BMI < 25 - Übergewicht: 25 ≤ BMI < 30 - Adipositas: BMI ≥30 Einteilung erfolgt mittels der Grenzwerte des BMI gemäss WHO-Empfehlungen. Der BMI berechnet sich wie folgt: Erwachsene ab 18 Jahren: BMI = Körpergewicht / Körpergrösse² = kg/m² Kinder und Jugendliche bis und mit 17 Jahre: alters- und geschlechtsabhängige BMI-Schwellenwerte (Perzentilenkurven nach Cole et al. Übergewicht wird dabei alters-und geschlechtsabhängig als BMI > 90. Perzentile und Adipositas als BMI > 97.Perzentile festgelegt) Bestimmung des Anteils der Bevölkerung ab 15 Jahren mit Übergewicht und/oder Adipositas. Subindikatoren: A) Messung: gemessener Grösse und Gewicht B) Befragung: erfragte Grösse und Gewicht	
Relevanz:	Übergewicht und vor allem Adipositas zählen zu den Risikofaktoren für mehrere nichtübertragbare Krankheiten wie Herzkreislauf-Erkrankungen, Diabetes Mellitus Typ 2 und einige Krebsformen. Gleichzeitig wird das Körpergewicht durch die verhaltensbezogenen Risikofaktoren unausgewogene Ernährung, Inaktivität und Alkoholkonsum negativ beeinflusst.	
Bezug zur Strategie:	SZ 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator	
Themenzuordnung:	Sekundärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Messung	B) Befragung
Messmethode:	Persönliches Interview mit Messung Gewicht und Grösse mittels Waage und Messband	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	MenuCH	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse	2'000	Ca. 20'000

• Altersgruppen • Sprachregionen	Ab 18 Jahren D, F, I Salzmonitoring	Ab 15 Jahren D, F, I Statistics of Income and Living Conditions (SILC): ab 16 Jahren
Weitere Datenquellen:		
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Einkommen	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	1 (2014/15)	5
Frequenz der Erhebung:	Offen	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.	2017

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

Limitierung:

Bemerkung:

Weiterführende Literatur:

GMF-Nr. 14, Health2020, ECHI

Bericht zu Relevanz und Validität des BMI als Mass für Übergewicht (Strategische Leitung des NPEB, www.bag.admin.ch) und Arbeitspapier 8 von Gesundheitsförderung Schweiz.

Indikator liegt vor bei MOSEB (erfragte und gemessene Daten, Indikatoren 4.1 und 4.3), Gesundheitsförderung Schweiz, BFS und Obsan (erfragte Daten).

Bezüglich Qualität sind die gemessenen Daten höher zu werten. Das Sample ist jedoch bei der SGB deutlich grösser und erlaubt dadurch differenziertere Auswertungen (2'000 vs. 20'000 Personen).

In der SILC wird der BMI jährlich erhoben und würde sich daher als Datenquellen für diesen Leitindikator anbieten. Gemäss BFS-Expertenmeinung sprechen folgende Einschränkung gegen die Nutzung der SILC für die BMI-Daten:

- SILC startete erst 2007 (kurzer zeitlicher Verlauf)
- In der SILC wurde Erhebungsmodus geändert zwischen 2013/14
- SILC liefert höhere Prävalenzen als SGB: Verwirrung aufgrund unterschiedlicher Daten.
- SILC hat jährlich grosse Schwankungen in den Resultaten (kleinere Stichprobe als SGB)

Es wird daher vorgeschlagen, die SGB zu verwenden mit Alter ab 15 Jahren und Datenlieferung alle 5 Jahre.

MenuCH erhebt den BMI sowohl mittels Messung, wie auch mittels Fragebogen.

Arbeitspapier 8 von Gesundheitsförderung Schweiz: Gültigkeit und Relevanz des Body Mass Index (BMI) als Massgrösse für Übergewicht und Gesundheitszustand auf individueller und epidemiologischer Ebene. 2013.

MOSEB Indikatoren zum BMI (siehe Link unten)

www.menuch.ch

MOSEB Indikator 4.1 (befragt):

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07876/index.html?lang=de

MOSEB Indikator 4.3 (gemessen):

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07877/index.html?lang=de

46.2 Übergewicht und Adipositas 6-15 J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
46.2	Übergewicht und Adipositas bei 6-15-Jährigen	
Vollständige Bezeichnung: Verteilung der BMI-Kategorien bei 6-15-Jährigen		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Bei der Einstufung für Übergewicht und Adipositas werden bei Kindern und Jugendlichen von 2 - 17 Jahren alters- und geschlechtsabhängige BMI-Schwellenwerte verwendet. In der Schweiz kommen die Perzentilenkurven nach Cole et al. am häufigsten zum Einsatz. Übergewicht wird dabei altersabhängig als BMI > 90. Perzentile und Adipositas als BMI > 97. Perzentile festgelegt. Diese Kurven sind vergleichbar mit den Schwellenwerten der Internationalen Obesity Task Force IOTF.	
	Subindikatoren:	
	A) Messung: gemessene Grösse und Gewicht	
	B) Befragung: erfragte Grösse und Gewicht	
Relevanz:	Übergewicht ist ein wichtiger Risikofaktor im Hinblick auf zahlreiche nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebsarten. Massnahmen im Hinblick auf ein gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen sind u.a. deshalb von zentraler Bedeutung, weil übergewichtige Kinder und Jugendliche häufig bis ins Erwachsenenalter übergewichtig bleiben mit entsprechenden mittel- und langfristigen Gesundheitsfolgen.	
Bezug zur Strategie:	SZ 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Sekundärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Messung	B) Befragung
Messmethode:	Persönliches Interview mit Messung Gewicht und Grösse mittels Waage und Messband	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Aeberli, I. und S. Murer (2013): Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Schweizer Primarschulkindern (6-12 Jahren): Eine Trendanalyse von 1999 bis 2012.	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
		Ca. 10'000
• Stichprobengrösse	2'303	11-15 Jahre
• Altersgruppen	6-13 Jahre	D, F, I
• Sprachregionen	D, F, I	

Weitere Datenquellen:	Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Schlussbericht zur Auswertung der Daten des Schuljahres 2012/2013. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.	-
	Vergleichendes BMI-Monitoring in elf Städten und Kantonen (Gesundheitsförderung Schweiz)	
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	3 (2002, 2007, 2012)	3 (2002, 2006, 2010)
Frequenz der Erhebung:	Offen	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	Offen	2018
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF-Nr. 13, HBSC	
Limitierung:	In der Schweiz liegen erst vereinzelte vergleichbare Messdaten zum BMI von Kindern und Jugendlichen vor. Gesamtschweizerische Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen existieren nicht. Aus qualitativen Aspekten sind Daten aus gemessenen Erhebungen (A) klar zu bevorzugen für das Monitoring. Die Wahl der Klassifikation (Schwellenwerte/Perzentilenkurven) ist in der Schweiz nicht einheitlich.	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 4.2) und Gesundheitsförderung Schweiz. Die Wahl der verwendeten Datenquelle für gemessene BMI Daten bei Schulkindern ist zu fällen (Schulärztliche Daten oder Studie der ETH). Gemäss Bericht des Obsans „Datenquellen für das NCD-Monitoring-System“ werden die Daten aus den ETH-Studien empfohlen. Die Weiterführung dieser Erhebungen ist jedoch nicht gesichert. WHO definiert Übergewicht/Adipositas bei Kindern mittels Standardabweichungen. Diese Methode ist mit jener in der Schweiz (Perzentilenkurven) vergleichbar. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste liefert jährlich Daten, ein vollständiges Datenset liegt alle 4 Jahre vor.	
Weiterführende Literatur:	Arbeitspapier 8 von Gesundheitsförderung Schweiz: Gültigkeit und Relevanz des Body Mass Index (BMI) als Massgrösse für Übergewicht und Gesundheitszustand auf individueller und epidemiologischer Ebene. 2013. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Schlussbericht zur Auswertung der Daten des Schuljahres 2012/2013. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. Aeberli, I. und Murer, S. (2013): Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Schweizer Primarschulkindern: eine Trendanalyse von 1999 bis 2012.	

Vergleichendes BMI-Monitoring in elf Städten und Kantonen
(Gesundheitsförderung Schweiz).

MOSEB Indikator BMI von Kindern und Jugendlichen (siehe Link unten)

MOSEB Indikator 4.2 BMI von Kindern und Jugendlichen (gemessen):

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07878/index.html?lang=de

47 Bluthochdruck 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
47	Bluthochdruck ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Verteilung von erhöhtem Blutdruck bei Personen ab 15 Jahren in der Bevölkerung der Schweiz		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Befragung: Antworten auf die Fragen: A) "Sind Sie in ärztlicher Behandlung gewesen wegen einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten, oder sind Sie zurzeit in Behandlung?" (u.a. Bluthochdruck, schriftlicher Fragebogen) B) "Hat Ihnen ein Arzt oder eine andere Person aus dem medizinischen Bereich einmal gesagt, Ihr Blutdruck sei zu hoch?" (telefonischer Fragebogen) Gemessener Blutdruck: C) Definition erhöhter Blutdruck: Systolischer Blutdruck von ≥ 140mmHg und/oder diastolischer Blutdruck von ≥ 90mmHG bei Erwachsenen ab 18 Jahren.	
Relevanz:	Bluthochdruck, der über Monate und Jahre anhält, schadet dem Herz und den Gefässen: - Die Blutgefässe verhärten und verdicken sich (Arteriosklerose). - Das Risiko für einen Herzinfarkt oder Hirnschlag erhöht sich um das Doppelte bis Zehnfache. - Es können Folgekrankheiten wie Herzinfarkt, Herzschwäche, Hirnschlag, Niereninsuffizienz, Durchblutungsstörungen in den Beinen und Sehschwäche auftreten. Deshalb sollten Erwachsene den Blutdruck mindestens einmal jährlich messen.	
Bezug zur Strategie:	SZ 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Ebenenzuordnung:	Sekundärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) und B) Befragung	C) Messung
Messmethode:	A) Schriftliche Befragung B) Telefonische Befragung	Persönliche Befragung mit Blutdruckmessung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	Salzmonitoring
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	1'148 Personen Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	International Health policy survey des Common Wealth fund	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	3 (2002, 2007, 2012)	1 (2010/11)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Offen
Nächste Aktualisierung:	2017	Offen (wird 2015 konkretisiert)

Bemerkungen zum Indikator

Internationale Vergleichbarkeit:

GMF-Nr. 11

Limitierung:

Ideal sind gemessene Daten, diese liegen für die Schweiz nur begrenzt vor. Die Prävalenz wird aus einer Kombination von selbstangegebener Diagnose und Behandlung geschätzt. Somit können wir nur limitiert der von der WHO vorgegebenen Definition entsprechen. Die Studie zum Salzkonsum liefert zwar gemessene Daten, es liegt jedoch nur ein Messpunkt vor.

Bemerkung:

Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 5.1)

Weiterführende Literatur:

Salzkonsum der Bevölkerung der Schweiz, Chappuis et. al. 2011

MOSEB-Indikator 5.1 Nicht übertragbare Krankheiten mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung:

www.moseb.ch

48 Erhöhter Cholesterinspiegel 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
48	Erhöhter Cholesterinspiegel ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Anteil Personen mit erhöhtem Totalcholesterin ab 15 Jahren		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Anteil Personen mit erhöhtem Totalcholesterin definiert als Totalcholesterin $\geq 5.0\text{mmol/l}$ oder 190mg/dl. Diese Werte gelten für Menschen mit einem erhöhten Risiko für eine Herz-Kreislauf-Krankheit – zum Beispiel Diabetiker oder Personen, die schon einen Herzinfarkt oder Hirnschlag erlitten haben. Blutfettwerte, die bei Menschen mit erhöhtem Risiko über den Grenzwerten liegen, sollten durch ärztliche Behandlung gesenkt werden. Zwei mögliche Erhebungsmethoden: A) Befragt: SGB: alle 5 Jahre, Kombination mit verschiedenen Gesundheitsvariablen möglich B) Gemessen: Keine nationale Daten stehen zur Verfügung Antworten auf die Fragen: "Wie oft haben Sie in den letzten 7 Tagen Medikamente gegen zu hohes Cholesterin genommen?" (Telefonische Befragung) "Hat Ihnen ein Arzt oder eine andere Person aus dem medizinischen Bereich schon einmal gesagt, Ihr Cholesterin (Blutfett) sei zu hoch?" (Telefonische Befragung)	
Relevanz:	Das Blut enthält eine bestimmte Menge an Blutfetten. Diese Fette sind für den Stoffwechsel des Organismus lebenswichtig. Sind im Blut aber zu wenig „gute“ und zu viele „schlechte“ Blutfette vorhanden, fördert dies die Arteriosklerose und damit das Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung. Eine wichtige Rolle spielt die fettähnliche Substanz Cholesterin. Der Körper produziert Cholesterin zum grössten Teil selbst, es wird aber auch mit der Nahrung aufgenommen. Eine ungünstige Wirkung geht insbesondere von zu viel "schlechtem" LDL-Cholesterin aus. Demgegenüber ist ein hoher Gehalt an "gutem" HDL-Cholesterin wünschenswert, da HDL-Cholesterin am Abbau von LDL-Cholesterin beteiligt ist.	
Bezug zur Strategie:	SZ 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Ebenenzuordnung:	Sekundärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Subindikatoren	A) Befragung	B) Gemessen
Messmethode:	Telefonische Befragung	Messung Blutfettwerte
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	Keine nationale Datenquelle zur Verfügung aktuell.
• Stichprobengrösse	Ca. 20'000	
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren	
• Sprachregionen	D, F, I	

Weitere Datenquellen:	Bus santé 1993- 2007; Männer=7'069, Frauen=7'027	CoLaus (Cohorte Lausannoise)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	
Anzahl Messpunkte:	3 (2002, 2007, 2012)	
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	
Nächste Aktualisierung:	2017	
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF-Nr. 17	
Limitierung:	Ideal sind gemessene Daten, diese liegen für die Schweiz nur sehr lokal vor (Bus santé, CoLaus)	
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 5.1). In der SGB könnte eine Kombination von Diagnose und der Einnahme von Medikamenten verwendet werden	
Weiterführende Literatur:		

MOSEB Indikator 5.1: Nicht übertragbare Krankheiten mit einem Bezug zu Ernährung und Bewegung:

www.moseb.ch

49.1 Bauchumfang 15+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
49.1	Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Verteilung der Bauchumfang-Kategorien in Relation zum Geschlecht bei Personen ab 15 Jahren		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Prävalenz von risikohaftem Bauchumfang bei Personen ab 15 Jahren. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Bauchumfang (waist circumference) und nichtübertragbaren Erkrankungen. Um diese Risiken einzuordnen, schlägt die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2011) die folgenden Grenzwerte vor: - Männer > 94 cm; Frauen > 80 cm: erhöhtes Risiko für verschiedene Krankheiten, insbesondere Bluthochdruck und Diabetes - Männer > 102 cm; Frauen > 88 cm: stark erhöhtes Risiko für verschiedene Krankheiten	
Relevanz:	Das Risiko, an einer Reihe von nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken, zeigt einen Zusammenhang mit dem Bauchumfang (waist circumference) (siehe z.B. Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht Kapitel 3.2.2).	
Bezug zur Strategie:	SZ 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Ebenenzuordnung:	Sekundärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Persönliches Interview mit Messung Bauchumfang mittels Messband	Persönliches Interview mit Messung Bauchumfang mittels Messband
Verwendete Datenquelle:	Salzmonitoring	MenuCH
• Stichprobengrösse	1'148 Personen	2'000
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren	Ab 18 Jahren
• Sprachregionen	D, F, I	D, F, I
Weitere Datenquellen:	MenuCH, Rekrutierungsdaten	Salzmonitoring, Rekrutierungsdaten
Disaggregation:	Alter, Geschlecht	Alter, Geschlecht, Einkommen
Anzahl Messpunkte:	1 (2010/11)	1 (2014/15)
Frequenz der Erhebung:	Offen	Offen
Nächste Aktualisierung:	Offen (wird 2015 konkretisiert)	Eine Weiterführung ist geplant, aber wann, ist offen.
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Kein Indikator im Rahmen des Global Monitoring Framework (WHO Global NCD Action Plan 2013-2020) vorgesehen.	

Limitierung:	Nutzung der Rekrutierungsdaten nur für Männer 18-22 J.
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei MOSEB (Indikator 4.4). MenuCH liefert ab 2016 Daten für 18+- Jährige zum Bauchumfang. Ebenfalls erhoben in menuCH wird der Hüftumfang und ermöglicht somit die Berechnung der Waist-to-Hip-Ratio (WHR), welche in der Literatur oft als weiterer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-erkrankungen diskutiert wird.
Weiterführende Literatur:	WHO (2011): Waist-Circumference and Waist-Hip-Ratio. Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf?ua=1

MOSEB Indikator 4.4: Bauchumfang/WHR

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/12761/index.html?lang=de

49.2 Bauchumfang 6-13 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
49.2	Bauchumfang bei 6-13-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Verteilung der Bauchumfang-Kategorien in Relation zu Grösse und Geschlecht bei 6-13-Jährigen	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Es besteht ein Zusammenhang zwischen Bauchumfang (waist circumference) und nichtübertragbaren Erkrankungen. Als Referenzwerte für die Schweiz gelten die, in der folgenden Publikation festgehaltenen Referenztabelle: „Waist circumference and waist-to-height ratio percentiles in a nationally representative sample of 6–13 year old children in Switzerland“.
Relevanz:	Abdominale Adipositas, gemessen mittels Bauchumfangmessung, ist ein wichtiger Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes bereits im Kindesalter.
Bezug zur Strategie:	SZ 5: Verringerung des Bevölkerungsanteils mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Sekundärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Persönliches Interview mit Messung Bauchumfang mittels Messband
Verwendete Datenquelle:	Waist circumference and waist-to-height ratio percentiles in a nationally representative sample of 6–13 year old children in Switzerland
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	2'303 6-13 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	1 (2007)
Frequenz der Erhebung:	Offen
Nächste Aktualisierung:	Offen
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Kein Indikator im Rahmen des Global Monitoring Framework (WHO Global NCD Action Plan 2013-2020) vorgesehen.
Limitierung:	Monitoring-Daten für Bauchumfang bei Kindern und Jugendlichen fehlen weitgehend, mit Ausnahme der einmaligen Erhebung der ETH Zürich.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor.

Weiterführende Literatur:

Link zu „Waist circumference and waist-to-height ratio percentiles in a nationally representative sample of 6–13 year old children in Switzerland“ inkl.

Referenztabellen Schweiz:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21720967>

WHO (2011): Waist-Circumference and Waist-Hip-Ratio. Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: WHO.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf?ua=1

MOSEB Indikator 4.4: Bauchumfang/WHR (nur Erwachsene)

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/12761/index.html?lang=de

50.1 Gesundheitszustand 16+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
50.1	Gesundheitszustand ab 16 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil der Personen ab 16 Jahren mit schlechtem, mittelmässigem, gutem und sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Bestimmt wird der Anteil der Personen ab 16 Jahren mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand. Als Ergänzung soll der Indikator nach allen Antwortkategorien beschrieben werden. Der subjektive Gesundheitszustand ist der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand. Er gibt an, wie gesund sich jemand fühlt. Indikator für SZ 4 (Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention): Der Gesundheitszustand soll in Relation zum Einkommen (unterstes Quintil gegenüber oberstem Quintil) beschrieben werden. Zudem ist der subjektive Gesundheitszustand in Bezug auf weitere sozioökonomische Variablen wie Nationalität, Bildung etc. zu analysieren. Chancengleichheit bedeutet, dass alle Personen die gleichen Möglichkeiten haben sollen, ihr Gesundheitspotenzial zu entfalten. Es zeigt sich, dass sozioökonomische Determinanten wie Einkommen oder Nationalität für den Gesundheitszustand entscheidend sind. Es muss jedoch beachtet werden, dass der Gesundheitszustand, der sozioökonomischer Status und die Nationalität sich wechselseitig beeinflussen können. Indikator für SZ 6 (Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit bei nichtübertragbaren Krankheiten): Für das SZ Ziel 6 wurde die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes als Leitindikator definiert. Der subjektive Gesundheitszustand ist ein umfassender Indikator für die körperliche, psychische und soziale Gesundheit und lässt aufgrund der subjektiven Erhebung auch Rückschlüsse auf die allgemeine Lebenszufriedenheit zu. Dieser Indikator hat gemäss mehreren Längsschnittstudien eine hohe Vorhersagekraft in Bezug auf Morbidität und Sterblichkeit. Er ist somit für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes, wie auch in Bezug auf die Gesundheitsentwicklung wichtig und ein guter Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt. Gemeinsam mit der Mortalität und der Lebenserwartung stellt der subjektive Gesundheitszustand einen der gebräuchlichsten Gesundheitsindikatoren dar, gilt als zuverlässig und valide und ist zudem verständlich und einfach zu erfassen: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420017.420005.html. Zwei mögliche Datenquellen (vgl. unten): C) SILC: jährlich D) SGB: alle 5 Jahre, Kombination mit verschiedenen Gesundheitsvariablen möglich
Relevanz:	Für SZ 4 Ziel der Strategie Gesundheit 2020 ist es, allen Bevölkerungsgruppen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben und eine optimale Lebenserwartung zu ermöglichen. Besondere Aufmerksamkeit liegt auf Gruppen wie Kinder/Jugendliche, Personen mit tiefem Einkommen und Bildungsstand sowie Migranten/-innen. Die Leistungen des Gesundheitssystems sollen für kranke, behinderte und sozial schwächere Menschen bezahlbar und zugänglich bleiben.

	Für SZ 6: Er gibt an, wie gesund sich jemand fühlt. Die Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand eignet sich für die Prognostizierung verschiedener messbarer Werte wie Morbidität (Krankheitsgeschehen), Sterblichkeit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).	
Bezug zur Strategie:	SZ 4: Verbesserung der Chancengleichheit im Zugang zu Präventionsleistungen. SZ 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit bei nichtübertragbaren Krankheiten.	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Leitindikator (SZ 6), Kernindikator (SZ 4)	
Ebenenzuordnung:	Primärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
	A) SILC	B) SGB
Messmethode:	Telefonische Befragung	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Statistics of Income and Living Conditions (SILC)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
Stichprobengrösse	7'000 Haushalte mit 17'000 Personen, davon werden etwa 12'000 befragt	Ca. 20'000
Altersgruppen Sprachregionen	Ab 16 Jahren D, F, I	Ab 15 Jahren. D, F, I
Weitere Datenquellen:	International Health policy survey des Common Wealth fund	International Health policy survey des Common Wealth fund
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität
Anzahl Messpunkte:	8 (seit 2007)	5 (1992,1997,2002,2007,2012)
Frequenz der Erhebung:	Jährlich	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2016	2017
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Europäischer Vergleich: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_10&lang=en	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim BFS, Obsan und MOSEB (Indikator 5.3).	
Weiterführende Literatur:	Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of health and social behavior, 38(1): 21-37. Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med, 69(3): 307-316. Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. International journal of epidemiology, 30(3): 600-607.	

50.2 Gesundheitszustand 0-14 J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
50.2	Gesundheitszustand bei 0-14-Jährigen
Vollständige Bezeichnung: Anteil der 0-14-Jährigen mit gutem bis sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Mit schriftlichem Fragebogen werden die Eltern befragt, wie sie den Gesundheitszustand ihrer Kinder einschätzen: Wie würden Sie den Gesundheitszustand Ihres Kindes im Allgemeinen beschreiben? Sehr gut/Gut/Mittelmässig/Schlecht/Sehr schlecht. Bestimmt wird der Anteil der Kindern und Jugendlichen mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand. Als Ergänzung soll der Indikator nach allen Antwortkategorien beschrieben werden. Indikator für SZ 4 (Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention): Der Gesundheitszustand soll in Relation zum Einkommen der Eltern beschrieben werden. Zudem ist der subjektive Gesundheitszustand in Bezug auf weitere sozioökonomische Variablen wie Nationalität, Bildung der Eltern, etc. zu analysieren. Indikator für SZ 6 (Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit bei nichtübertragbaren Krankheiten): Der subjektive Gesundheitszustand ist ein umfassender Indikator für die körperliche, psychische und soziale Gesundheit und lässt aufgrund der subjektiven Erhebung auch Rückschlüsse auf die allgemeine Lebenszufriedenheit zu. Er ist somit für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes, wie auch in Bezug auf die Gesundheitsentwicklung wichtig und ein guter Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt. Gemeinsam mit der Mortalität und der Lebenserwartung stellt der subjektive Gesundheitszustand einen der gebräuchlichsten Gesundheitsindikatoren dar, gilt als zuverlässig und valide und ist zudem verständlich und einfach zu erfassen:
Relevanz:	Für SZ 4: Ziel der Strategie Gesundheit 2020 ist es unter anderem, allen Bevölkerungsgruppen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben und eine optimale Lebenserwartung zu ermöglichen. Besondere Aufmerksamkeit liegt auf Gruppen wie Kinder/Jugendliche, Personen mit tiefem Einkommen und Bildungsstand sowie Migranten/-innen. Für SZ Ziel 6: Die Antwort auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand eignet sich für die Prognostizierung verschiedener messbarer Werte wie Morbidität (Krankheitsgeschehen), Sterblichkeit und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Manor et al., 2001).
Bezug zur Strategie:	SZ 4: Verbesserung der Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention. SZ 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit bei nichtübertragbaren Krankheiten.

Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator (sowohl bei SZ 4 und SZ 6)
Ebenenzuordnung:	Primärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung (Proxy-Interview Modul Kinder via Eltern)
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	4'500 0 – 14 Jahre (via Eltern) D, F, I
Weitere Datenquellen:	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung Einkommen, Sprachregionen, Nationalität der Eltern
Anzahl Messpunkte:	0 (erste Erhebung 2017)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2022 (jedoch abhängig von Erhebung 2017)
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	KIGGS
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor.
	Einsatz der Frage in SGB17 noch in Planung und nicht definitiv entschieden.
Weiterführende Literatur:	Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. <i>Journal of health and social behavior</i>, 38(1): 21-37. Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. <i>Soc Sci Med</i>, 69(3): 307-316. Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2001). Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. <i>International journal of epidemiology</i>, 30(3): 600-607.

51.1 Lebensqualität 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
51.1	Lebensqualität ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Selbsteinschätzung der Lebensqualität bei NCD-Erkrankung ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Die Lebensqualität wird von der befragten Person ab 15 Jahren in die Kategorie (sehr) schlecht, weder gut noch schlecht, und (sehr) gut eingeteilt. Die Disaggregation nach Diagnose von nichtübertragbaren Erkrankungen (in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung oder Krankheit gehabt) kann zu Diabetes, Herzinfarkt/Hirnschlag, Krebs/Geschwulst, Asthma und Rückenschmerzen (Bereich chronische Krankheiten, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB) vorgenommen werden.
Relevanz:	Gemäss Weltgesundheitsorganisation WHO ist die Gesundheit körperliches, psychische und soziales Wohlbefinden und nicht nur die Absenz von Krankheiten. Somit soll eine Messung des Gesundheitszustand nicht nur Krankheiten messen, sondern auch das Wohlbefinden. Ein Indikator für das Wohlbefinden ist die Frage nach der Lebensqualität.
Bezug zur Strategie:	SZ 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Tertiärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Haushaltspanel, SILC (ab 16 Jahren)
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität, nach chronischer Erkrankung (vgl. unter Bemerkungen)
Anzahl Messpunkte:	3 (2002, 2007, 2012)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	ECHI
Limitierung:	COPD wird in der SGB explizit nicht erhoben (jedoch chronische Bronchitis/Emphysem, für Disaggregation nach NCD).
Bemerkung:	Indikator liegt ab Sommer 2016 vor bei MOSEB.

	Hinsichtlich der Ausrichtung auf die NCD-Strategie ist es sinnvoll, die Angaben zur Lebensqualität mit den Variablen zu den NCD-Erkrankungen zu kombinieren aus der SGB (Angaben zu chronischen Erkrankungen wie Asthma, Osteoporose, Krebs, chronische Bronchitis/Emphysem, Herzinfarkt, Schlaganfall). Im Haushaltspanel ist eine Disaggregation nach Gesundheitszustand, aber nicht nach NCD-Diagnose möglich. Gemäss Expertendiskussion muss geprüft werden, ob die Verwendung des Indikators Lebensqualität sinnvoll ist und einen tatsächlichen Mehrwert gegenüber dem Indikator Gesundheitszustand 16+ J. (Nr. 50.1) bringt. Ansonsten empfehlen Experten der AG MOSEB diesen Indikator 51.1 zu streichen. Eine weitere Möglichkeit für die Erhebung der Lebensqualität könnte die Europäische Erhebung zur Lebensqualität (EQLS) sein. Die Schweiz war jedoch in der dritten EQLS 2011-2012 nicht Mitglied. Weiterführende Literatur: World Health Organization. Measuring Quality of Life. Geneva, WHO; 1997. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
--	---

51.2 Lebensqualität 0-14 J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
51.2	Lebensqualität bei 0-14 Jährigen	
Vollständige Bezeichnung: Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von 0-14-Jährigen via Eltern		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Mittels des Instruments KINDL-R kann die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren erfasst werden. Der Fragebogen KINDL-R umfasst 24 Fragen zu 6 Dimensionen des Wohlbefindens (Körperliches Wohlbefinden, Seelisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule). Die Erhebung erfolgt schriftlich.	
Relevanz:	Gemäss WHO ist die Gesundheit körperliches, psychische und soziales Wohlbefinden und nicht nur die Absenz von Krankheiten. Somit soll eine Messung des Gesundheitszustand nicht nur Krankheiten messen, sondern auch das Wohlbefinden. Ein Indikator für das Wohlbefinden ist die Frage nach der Lebensqualität.	
Bezug zur Strategie:	SZ 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Themenzuordnung:	Tertiärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Schriftliche Befragung	Schriftliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Swiss Children's Objectively Measured Physical Activity (SOPHYA)	Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
- Stichprobengrösse - Altersgruppen - Sprachregionen	2'000 6-15 Jahre D, F, I	Ca. 10'000 11-15 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	HBSC, SGB17	SOPHYA, SGB17
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Sprachregion, Bildung und Einkommen der Eltern	Alter, Geschlecht, Sprachregionen
Anzahl Messpunkte:	1	4
Frequenz der Erhebung:	-	Alle 4 Jahre
Nächste Aktualisierung:	Offen	2018
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	GMF nicht, aber Vergleich mit Studie KIGGS zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland möglich.	

Limitierung:	Lebensqualität bei Kinder und Jugendlichen wird gesundheitsbezogen (mit KINDL-R Instrument) erfragt und abgebildet, jedoch nicht bezogen auf eine nichtübertragbare Erkrankung (wie dies bei den Erwachsenen Indikator 51.1 gemacht werden kann aufgrund Disaggregation nach chronischen Erkrankungen).
Bemerkung:	Indikator liegt ab Sommer vor bei MOSEB. Im Rahmen der SGB 2017 ist geplant, einen Teil des Fragebogens KINDL-R zu integrieren. Aufgrund des grossen Umfangs ist vorgesehen, die beiden Dimensionen körperliches und seelisches Wohlbefinden aufzunehmen (Stand der Diskussionen Herbst 2015). Diese Daten könnten für diesen Indikator genutzt werden.
Weiterführende Literatur:	Instrument KINDL-R: Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998a). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. Quality of Life Research, Vol. 4, No 7 Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998b). News from the KINDL-Questionnaire – A new version for adolescents. Quality of Life Research, 7, 653.

<http://www.kindl.org/deutsch/information/>

52 Körperliche Selbständigkeit 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
52	Körperliche Selbständigkeit ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil an Personen ab 15 Jahren mit einer Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens mit mindestens einer NCD	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Unter Aktivitäten des täglichen Lebens versteht man Basistätigkeiten, die jede Person täglich erledigt, wie sich waschen, sich anziehen und essen (basale Alltagsaktivitäten: ADL), aber auch Aktivitäten wie selbstständig einkaufen, kochen, Verkehrsmittel benutzen usw. (instrumentelle Aktivitäten: IADL). Dieser Indikator gibt den Anteil der 15-jährigen und älteren Bevölkerung an, die gemäss eigenen Angaben seit mind. sechs Monaten aufgrund eines gesundheitlichen Problems in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt sind. Der Indikator bietet eine generelle Prüfung des Behinderungsgrades einer Person und zeigt einen starken Zusammenhang zu tatsächlich vorhandenen, funktionalen Einschränkungen und zu chronisch körperlichen Krankheiten (Jagger et al. (2010) und Cabrero-García, J (2014)).
Relevanz:	Eine Person, die alltägliche Arbeiten nicht mehr ausführen kann, verliert einen Teil ihrer Autonomie und wird dadurch von ihrem Umfeld oder von Unterstützungsdiensten abhängig. Je nachdem, wie stark eine Person eingeschränkt ist, ist die Betreuung in einer Institution die einzige Lösung. Der Autonomieverlust kann sich ebenfalls auf die berufliche Tätigkeit, die sozialen Beziehungen und das seelische Befinden der betroffenen Person auswirken. Mit der Zunahme von nichtübertragbaren Krankheiten wird auch deren Zusammenhang mit Einschränkungen bei alltäglichen Arbeiten und Einbussen bei der Selbständigkeit ein wichtiger Punkt in der Gesundheitspolitik. Die Prävention gegen körperliche Abhängigkeit von Personen mit NCD-Erkrankung gehört zur Strategie und ist somit ein wichtiger Indikator.
Bezug zur Strategie:	SZ 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Kernindikator
Themenzuordnung:	Tertiärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
• Stichprobengrösse	Ca. 20'000
• Altersgruppen	Ab 15 Jahren
• Sprachregionen	D, F, I
Weitere Datenquellen:	Datenpool HomeCareDate, in Zukunft, wenn die Erhebung vereinheitlicht ist
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität, nach chronischer Erkrankung
Anzahl Messpunkte:	2 (2007, 2012)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017

Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	In Eurostat verwendet für die erwachsene Bevölkerung ab 16 Jahren: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health_status_statistics#Disability_.28activity_limitation.29
Limitierung:	-
Bemerkung:	Indikator liegt vor bei Obsan, Gesundheitsförderung Schweiz und MOSEB (Indikator 5.5). Disaggregation nach nichtübertragbarer/chronischer Krankheit (Diabetes, Herzinfarkt/Hirnschlag, Krebs, Asthma, Rückenschmerzen) wichtig für Bezug zur NCD-Strategie.
Weiterführende Literatur:	Obsan Indikator. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens bei der erwachsenen Bevölkerung ab 15 Jahren. http://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/einschraenkungen-den-aktivitaeten-des-taeglichen-lebens-ngb BFS Aktuell, Neuchâtel 2014, SGB12, Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5687 Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W. & Robine, J.-M. (2010). The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. Journal of clinical epidemiology, 63(8): 892-899. Cabrero-García, J. & Juliá-Sanchis, R. (2014). The Global Activity Limitation Index mainly measured functional disability, whereas self-rated health measured physical morbidity. Journal of clinical epidemiology(0). Referenzen für Prävention von Abhängigkeiten: Obsan doc travail 25 chapitre 5 http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad25.pdf Santos-Eggimann 2008 http://www.lc65plus.ch/catal_fond_verdan.pdf

53 Pflegebedürftigkeit 65+ J.

Bezeichnung des Indikators		
Nr.	Kurzbezeichnung	
53	Pflegebedürftigkeit ab 65 Jahren	
Vollständige Bezeichnung: Anteil an mittelstark bis stark pflegebedürftigen Personen ab 65 Jahren mit mindestens einer NCD		
Definition und Relevanz des Indikators		
Definition:	Die Erfassung von Pflegebedürftigkeit und Schätzung der Pflegequote basiert auf den Fragen zu den basalen Alltagsaktivitäten. Es handelt sich hier um ein funktionales Pflegebedürftigkeitskonzept (und nicht um eine medizinische Definition). So benötigt etwa eine Person mit Diabetes regelmässig medizinische Betreuung und eventuell Pflege, sie kann aber vielfach ihr Alltagsleben ohne Einschränkungen erfüllen und ist entsprechend der Definition nicht pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit ist wie folgt definiert: mittelmässige bis starke Einschränkung bei basalen Alltagsaktivitäten (ADL), wie Essen, ins Bett gehen, sich an- oder ausziehen, zur Toilette gehen, Baden oder Duschen). In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung werden 5 Items zur ADL erfragt, die sich auf das von der WHO entwickelte Konzept der funktionalen Gesundheit abstützen. Als pflegebedürftig werden demnach Personen eingestuft, welche mindestens eine der fünf erfragten basalen Alltagsaktivitäten nicht mehr selbstständig erfüllen können (starke Einschränkung) oder alle fünf basalen Alltagsaktivitäten noch selbst bewältigen können, aber bei mindestens einer Aktivität starke Schwierigkeiten ihrer Ausübung anführen (mittelmässige Einschränkung). Mehrere mögliche Datenquellen (vgl. unten): A) Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB): alle 5 Jahre, Kombination mit verschiedenen Gesundheitsvariablen möglich B) Statistik sozialmedizinische Institute (SOMED)	
Relevanz:	Die Angaben zu Einschränkungen der basalen Alltagsaktivitäten (ADL) werden dazu verwendet, die Häufigkeit (Prävalenz) von Pflegebedürftigkeit bei zuhause lebenden älteren und alten Menschen zu bestimmen. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in den kommenden Jahren in der Schweiz mit einer Zunahme von pflegebedürftigen Personen zu rechnen. Dies ist für die Gesundheitspolitik, die Versorgung und die Pflege eine grosse Herausforderung. Ein Ziel im Rahmen der NCD-Strategie ist die Verringerung der Pflegebedürftigkeit von Personen mit einer nichtübertragbaren Krankheit und somit die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.	
Bezug zur Strategie:	SZ 6. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit	
Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Kernindikator	
Ebenenzuordnung:	Tertiärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	A) Befragung von zu Hause lebenden Personen	B) Personen in Institutionen
	Telefonische Befragung	Schriftliche und telefonische Befragung von Institutionen

Verwendete Datenquelle: • Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	SOMED (Statistik sozialmedizinische Institute) Alle Alter Ab 65 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Datenpool HomeCareDate, in Zukunft, wenn die Erhebung vereinheitlicht ist	
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität, nach chronischer Erkrankung	mögliche Variablen: Anzahl Pflegebedürftige, Pflegeniveau, Kostenübernahme durch Krankenversicherungen
Anzahl Messpunkte:	2 (2007,2012)	19 (Seit 1997)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Jährlich
Nächste Aktualisierung:	2017	2016
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	-	
Limitierung:		
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Bei der Verwendung der SGB sollte es möglich sein, nach NCD-Erkrankung zu differenzieren, jedoch mit der Einschränkung, dass lediglich zu Hause lebende Personen erfasst werden (ohne Heim, Institution). Inhaltlich muss der Indikator nochmals mit den Verantwortlichen im BAG (KUV) diskutiert werden, da die Feedbacks von Expertenseite nicht abschliessend waren (Stand Dez. 15). In Bezug zu ADL könnten auch die Angaben der AHV oder der IV zur Hilflofenentschädigung genutzt werden. Daten von Krankenkassen zur Pflegefinanzierung könnten unter Umständen auch beigezogen werden. Dies muss noch abgeklärt werden. Je nach Kanton existieren unterschiedliche Pflegestufensysteme, welche in die SOMED einfliessen, aber diese werden gemäss Expertenangaben zu einem einzigen System konsolidiert.	
Weiterführende Literatur:	Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Höpfinger et al., Huber Verlag: 2011 (1. Auflage).	

54 Soziale Unterstützung 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
54	Soziale Unterstützung ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Umfang der sozialen Unterstützung bei, an NCD Erkrankten ab 15 Jahren	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Der Index basiert auf drei Fragen der Oslo-Skala zur Erhebung sozialer Unterstützung. Die drei zugrundeliegenden Fragen stammen aus EHIS (European Health Interview System) und betreffen die Anzahl der nahestehenden Personen, auf die man sich verlassen kann, die Anteilnahme anderer Personen am eigenen Leben und die Nachbarschaftshilfe, die bei Bedarf verfügbar ist (Brevik J.I., et al., 1996). Der Indikator beinhaltet drei wichtige Dimensionen sozialer Ressourcen: Confidence, emotionale und praktische Unterstützung. Die Werte der drei Fragen werden summiert, diese Zahl entspricht dem Score, welcher in drei Kategorien eingeteilt wird. Je tiefer der Score ausfällt, desto schwächer die Unterstützung. 3 ≤ Summe ≤ 8 → geringe soziale Unterstützung 9 ≤ Summe ≤ 11 → mittlere soziale Unterstützung 12 ≤ Summe < 14 → starke soziale Unterstützung Die möglichen Fragen in der Erhebung Familie und Generationen sind: • Werden Sie regelmässig und kostenlos von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten bei der Betreuung von Ihren Kindern unterstützt? • Für welche Kinder erhalten Sie diese regelmässige und kostenlose Unterstützung? Geben Sie mir bitte die Vornamen an. • Ich möchte jetzt über [X] reden. Wer (ausserhalb von Ihrer Partnerschaft) bietet Ihnen hauptsächlich diese regelmässige und kostenlose Unterstützung für [X] an? • Hat es bei der Betreuung von [X] zusätzliche Unterstützung gebraucht von Verwandten oder Bekannten, wo nicht im Haushalt leben oder von der Spitex oder ähnlichen Institutionen? • An welche Personen können Sie sich bei einem ernsthaften Problem wenden, um materielle Unterstützung, z.B. einen Geldbeitrag, zu erhalten? • Im Folgenden sind Aussagen zur gegenseitigen Unterstützung von Eltern und ihren erwachsenen Kindern aufgeführt. Wie sehr stimmen Sie den einzelnen Aussagen zu? ➢ Grosseltern sollten sich um ihre Enkelkinder kümmern, wenn die Eltern dazu nicht in der Lage sind ➢ Eltern sollten ihre erwachsenen Kinder bei finanziellen Schwierigkeiten unterstützen ➢ Erwachsene Kinder sollten ihre Eltern bei finanziellen Schwierigkeiten unterstützen ➢ Erwachsene Kinder sollten ihre Eltern bei sich aufnehmen, wenn diese nicht mehr in der Lage sind, alleine zu leben ➢ Wenn die Eltern betreut werden müssen, sollen sich eher die Töchter als die Söhne darum kümmern
Relevanz:	Die soziale Unterstützung, mit der eine Person aus ihrem Umfeld rechnen kann, hat einen Effekt auf die selbst wahrgenommene Gesundheit (Mackenbach, J.P, 2002). So beeinflussen soziale Beziehungen den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Entscheidungen bezüglich Gesundheit (Heaney, C.A, 2002). Für das Erreichen des Ziels der NCD-Strategie zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von NCD-Erkrankungen kann die soziale Unterstützung eine entscheidende Rolle spielen.
Bezug zur Strategie:	SZ 6. Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit

Kategorisierung des Indikators		
Hierarchie:	Zusatzindikator	
Themenzuordnung:	Tertiärprävention	
Bezug Wirkungsmodell:	Impact	
Messung des Indikators		
Messmethode:	Telefonische Befragung	Schriftliche und mündliche Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	Erhebung Familie und Generationen
• Stichprobengrösse • Altersgruppen • Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I	10'000 15 – 79 Jahre D, F, I
Weitere Datenquellen:	Andere Datenquellen siehe Bachmann, N. (2014). Obsan-Bericht	-
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität, nach chronischer Erkrankung	Alter, Geschlecht
Anzahl Messpunkte:	1 (2012)	1 (2013)
Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017	2018
Bemerkungen zum Indikator		
Internationale Vergleichbarkeit:	Kein GMF-Indikator. Diese Skala wird jedoch im internationalen Rahmen verwendet (Eurobarometer 58.2 und diversen Erhebungen anderer Länder).	
Limitierung:	-	
Bemerkung:	Indikator liegt vor beim BFS und Obsan.	
Weiterführende Literatur:	Obsan schlägt SGB als Datenquelle vor (Erhebung Familie und Generationen als Zusatz-Info).	
	Kreuzung der Angaben zu sozialer Unterstützung mit NCD-Erkrankung möglich	
	Bachmann, N. (2014). Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz. (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.	
	Brevik J.I., Dalgard O. The Health profile inventory. Oslo, 1996.	
	Mackenbach, J.P., Simon, J.G., Looman, C.W. & Joung, I.M. (2002). Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? International Journal of Epidemiology, 31(6): 1162-1168.	
	Heaney, C.A. & Israel, B.A. (2002). Social networks and social support. Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 3: 185-209.	
	Eurobarometer (2003). The mental health status of the European population, The European opinion research group (EORG). 58.2.	

Indikator Soziale Unterstützung vom BFS:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43062.430120.html?open=4301>

55 Hilfe beanspruchen für Pflege 15+ J.

Bezeichnung des Indikators	
Nr.	Kurzbezeichnung
55	Hilfe beanspruchen für Pflege ab 15 Jahren
Vollständige Bezeichnung: Anteil an Personen ab 15 Jahren, welche in den letzten 12 Monaten informelle Kranken- und Körperpflege durch Angehörige erhalten haben	
Definition und Relevanz des Indikators	
Definition:	Informelle Kranken- und Körperpflege bei Personen ab 15 Jahren in den letzten 12 Monaten mit Differenzierung nach Diagnose (mindestens) einer nichtübertragbaren Krankheit (chronische Krankheit wie Asthma, Osteoporose, Krebs, chronische Bronchitis/Emphysem, Herzinfarkt, Schlaganfall. Telefonischer Fragebogen SGB: - Haben Sie für sich selber in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Ihrer Partnerin oder Ihrem Partner, Eltern, Bekannten oder Nachbarn bekommen, z.B. Hilfe wie Einkaufen, Pflege, Mahlzeiten oder bei administrativen Angelegenheiten? (Antwort Ja, Nein, Weiss nicht) - Ist es vorübergehend oder ist es regelmässig gewesen? (Antwort Vorübergehend oder Regelmässig) - Und wenn Sie die letzten 12 Monate nehmen, welche Art Hilfe haben Sie da bekommen? INT: Vorlesen, 3 Antworten möglich! "Andere Hilfe" beinhaltet z.B. Transporte, Finanzen, moralische Unterstützung, sich um andere Personen im Haushalt kümmern etc... a) Kranken- und Körperpflege b) Hilfe im Haushalt c) andere Hilfe
Relevanz:	Die Pflege von Personen, die an nichtübertragbaren Krankheiten erkrankt sind, spielt in einer zunehmend überalternden Gesellschaft eine wichtige Rolle. Insbesondere soll beschrieben werden, wie die Pflege von NCD-Erkrankten erfolgt. Da anzunehmen ist, dass NCD-Erkrankte besonders abhängig sind von der Hilfe von Angehörigen, ist ein erweitertes Ziel der NCD-Strategie die Versorgung von NCD-Erkrankten durch Angehörige zu unterstützen.
Bezug zur Strategie:	SZ 6: Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit
Kategorisierung des Indikators	
Hierarchie:	Zusatzindikator
Ebenenzuordnung:	Tertiärprävention
Bezug Wirkungsmodell:	Impact
Messung des Indikators	
Messmethode:	Telefonische Befragung
Verwendete Datenquelle:	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)
Stichprobengrösse Altersgruppen Sprachregionen	Ca. 20'000 Ab 15 Jahren D, F, I
Weitere Datenquellen:	Datenpool HomeCareData
Disaggregation:	Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Sprachregionen, Nationalität, nach chronischer Erkrankung
Anzahl Messpunkte:	3

Frequenz der Erhebung:	Alle 5 Jahre
Nächste Aktualisierung:	2017
Bemerkungen zum Indikator	
Internationale Vergleichbarkeit:	Kein Indikator im Rahmen des Global Monitoring Framework (GMF, WHO Global NCD Action Plan 2013-2020) vorgesehen.
Limitierung:	Eine Unterteilung nach einzelnen NCD-Erkrankungen ist nicht möglich (zu kleine Stichprobe), lediglich Einteilung in „NCD-erkrankt“ oder nicht.
Bemerkung:	Indikator liegt nicht vor. Bei spezifischerem Interesse an der informellen Hilfe (z.B. wer genau leistet diese Hilfe, was beinhaltet die Hilfe ganz genau und wie gross ist der zeitliche Umfang der Hilfe) können die Fragen aus der SGB zur „Hilfe aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 7 Tagen“ beigezogen werden (Fragen 31.02, 31.04, 31.05 und 31.06 aus dem telefonischen Fragebogen der SGB). Eine Ergänzung mit der Frage nach „Wunsch nach Hilfe bei NCD-Erkrankung“ könnte mit folgender Frage aus der SGB vorgenommen werden (Voraussetzung ist eine ADL oder Behinderung): Würden sie aus gesundheitlichen Gründen gerne Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn, z.B. bei Einkäufen, Pflege, Mahlzeiten oder administrativen Angelegenheiten bekommen? Antwort: Ja, nein, weiss nicht. Limitierung: Personen, die Einschränkungen bei einer ADL angeben, müssen nicht unbedingt NCD-Erkrankte sein. Somit sind hier nicht explizit Personen mit NCD erfasst, sondern einfach Personen mit Einschränkung bei ADL.
Weiterführende Literatur:	-

5 Glossar Indikatoren-Set nichtübertragbare Krankheiten

A

ARE	Bundesamt für Raumplanung
ASTRA	Bundesamt für Strassen

B

BASPO	Bundesamt für Sport
BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
BFS	Bundesamt für Statistik
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BLV	Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen

C

CAPi	Computer-gestützte persönliche Interview
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ch-x	Schweizerische Jugendbefragung
CoLaus	Cohorte Lausannoise
COMPI	Projektdatenbank "Children on the move" http://www.sport.admin.ch/compi/
COPD	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit
CoRoIAR	Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks
CVD	cardiovascular disease
C-Surf	Schriftliche Befragung während der Aushebung in den Rekrutierungszentren

E

EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
ECHI	EHIS European Health Interview System
ENERGY	European Energy Balance Research to Prevent Excessive Weight Gain among Youth
ESPOP	Synthesestatistik von Stand und Struktur der Bevölkerung
EUROPEP	European Projekt on Patient Evaluation of General Practice Care
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union

F

FIRE	Projekt des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich
------	--

G

GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
GMF	Global Monitoring Framework (der WHO)
GP	Direktionsbereich Gesundheitspolitik (BAG)
GPAQ	Global Physical Activity Questionnaire

H

HBSC	Health Behaviour in school-aged Children - Schweizer Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Gesundheitsverhalten
heiQ	Health Educational Impact Questionnaire
HLS-EU	Health Literacy Survey
HLS-EU-Q	European Health Literacy Questionnaire
HPV	Humanes Papillomavirus
HRQOL	Health-Related Quality of Life

I

ICD	Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10)
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
ISAAC	Internationale Studie zu Asthma und Allergien im Kindesalter
ITW	Institut für Tourismuswirtschaft der Hochschule Luzern
IV	Invalidenversicherung

K

KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KINDL ^R	Fragebogen für Kinder und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
KIWI I&II	Studie der an Kinder gerichteten Werbung für Lebensmittel im Fernsehen

N

NCD	Nichtübertragbare Krankheit
NCD-Strategie	Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
NPP	Abteilung Nationale Präventionsprogramme des BAG

O

Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
-------	--

S

SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SAMMEC	Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs
SAPALDIA	Swiss Study on Air Pollution and Lung Disease in Adults
SCARPOL	Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air pollution (Schweizer Studie über Atemwegsbeschwerden und Allergien bei Schulkindern)
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
Set NCD	Indikatorenset Monitoring-System nichtübertragbare Krankheiten
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHARE	Survey of Health Ageing and Retirement in Europe)
SILC	Statistics of Income and Living Conditions
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SOPHYA	Swiss Children's objectively measured Physical Activity
SL NPEB	Strategische Leitung des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung
SUMO	Suchtmonitoring Schweiz http://www.suchtmonitoring.ch/
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SWISSPEP	Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen